

Erläuterung der Leistungsfragen in der stationären Krankenzusatzversicherung

Restkosten Krankenhauswahl

Erläuterung: Wenn gesetzlich Versicherte ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus (es werden max. zwei genannt) aufsuchen, kann die GKV nach § 39 (2) SGB V Abzüge von den Regelleistungen vornehmen. Einige Tarife sehen die Erstattung der Mehrkosten vor, die dem Versicherten durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehen, erstatten also ggf. die Differenz zwischen dem Allgemeinen Pflegesatz des in der Einweisung vorgesehenen und des vom Patienten gewählten Krankenhauses. Vor allem bei längeren Krankenhausaufenthalten und stark abweichenden Pflegesätzen sichert diese Leistungsposition dem GKV-Versicherten einen größeren Handlungsspielraum bei der Wahl des Krankenhauses.

Leistung über Höchstsätze GOÄ/GOZ

Erläuterung: Rechnungen der Ärzte und Zahnärzte für die privatärztliche Behandlung müssen entsprechend einer Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOZ) erstellt werden. Wenn der Arzt für die Behandlung mehr als den 3,5fachen Satz, d.h. über den Höchstsatz hinaus, abrechnen will, muss dies vor Behandlungsbeginn schriftlich vereinbart werden. Falls die Tarifleistung auf den Höchstsatz der Gebührenordnung begrenzt ist, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 3,5fachen Satzes kein Leistungsanspruch gegenüber der PKV.

Begrenzung ord. Kündigungsrecht

Erläuterung: Für die substitutive Krankenversicherung verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht. Dies gilt auch für eine Krankentagegeldversicherung, die neben einer substitutiven Krankenversicherung besteht. Das verbleibende ordentliche Kündigungsrecht ist demnach auf die nicht substitutive Krankenversicherung begrenzt. Der Versicherer ist hier berechtigt, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

Auslandsrücktransport

Erläuterung: Soweit tariflich Leistungen für einen Krankenrücktransport und darüber hinaus ggf. auch für die Überführung bzw. Bestattung vorgesehen sind, gilt folgendes: Bei einem medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes werden die Mehrkosten erstattet, die über die Kosten einer planmäßigen Rückreise hinaus entstehen. Medizinisch notwendig bedeutet hier, dass bei der Erkrankung im Ausland oder nach einem Unfall dort die medizinisch notwendige Versorgung nicht sichergestellt ist. Im Todesfall des Versicherten während eines Auslandsaufenthaltes werden innerhalb tariflicher Höchstsätze alternativ die Überführungskosten an den Heimatort oder die Bestattungskosten am ausländischen Sterbeort bezahlt. Diese Kosten sind meist auf EUR 5.000 im europäischen und EUR 10.000 im außereuropäischen Ausland begrenzt.

Stationäre Kuren

Erläuterung: Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen. Gemäß MB/KK § 5 Absatz 1 d besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Reha-Maßnahmen gesetzlicher Träger keine Leistungspflicht. Dennoch sehen einige Versicherer Leistungen für diese Maßnahmen vor, teilweise auch in Form von zeitlich gestaffelten oder begrenzten Zuschüssen. Mit diesen Zuschüssen können teilweise Behandlungen, Kurtaxe und Kurplan, etc. finanziert werden. Darüber hinaus bieten einige Versicherer Kur-Tarife an, aus denen heraus weitere Leistungen erbracht werden.

Garantierte Beitragsrückerstattung

Erläuterung: Bei der garantierten BRE handelt es sich um eine nicht-erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Die häufigsten Ausprägungsformen sind der Leistungsfreiheitsrabatt, der Sofortrabatt oder der Gesundheitsbonus. Die Auszahlung erfolgt meist monatlich oder jährlich. Die garantierte BRE kann auch ab Beginn des Versicherungsverhältnisses vom Anbieter gestundet werden, hierdurch vermindert sich der sog. anfängliche Zahlbetrag (nach Arbeitgeberzuschuss).

Option auf Höherversicherung

Erläuterung: Tarife, die eine Option auf Höherversicherung enthalten, bieten dem Versicherten die Möglichkeit, zu bestimmten Zeitpunkten, meist nach drei oder fünf Jahren, beim gleichen Versicherer in Tarife mit höheren Leistungen zu wechseln. Wartezeiten oder eine Risikoprüfung sind dann nicht erneut zu absolvieren; zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen sind somit zuschlagsfrei mitversichert.

Die Option auf Höherversicherung ist vor allem für Versicherte sinnvoll, die den zu Beginn der PKV gewählten preis- und leistungsreduzierten Versicherungsschutz später aufstocken wollen.

Erläuterung der Leistungsfragen in der stationären Krankenzusatzversicherung

Gemischte Krankenanstalten ohne schriftl. Zusage

Erläuterung: Unter einer gemischten Anstalt versteht man eine Krankenanstalt, die neben medizinisch notwendiger klinischer (stationärer) Behandlung weitere zwei Bedingungen erfüllt:

1. Durchführung von Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen
2. Aufnahme von Rekonvaleszenten

In diesen Krankenanstalten muss lt. den MB/KK §4 Absatz 5 vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage des Versicherers vorliegen, andernfalls sind die Leistungen nicht erstattungsfähig.