Gothaer

Krankheitskosten-Tarif impuls clinic 1
Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.
Stationäre Behandlung

100 % der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 4.1 AVB) sind nicht aus Tarif **impuls clinic 1** erstattungsfähig.

2.
Ambulante Operationen

100 % der Aufwendungen für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen

soweit sie die Vorleistungen eines privaten Krankenversicherers (vgl. Abschnitt C.2) oder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt C.3) übersteigen.

Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels.

Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf

- längstens drei Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der ambulanten Operation,
- längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation

begrenzt.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

B. Ersatzleistungen

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung im Einbettzimmer nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von **30 EUR** gezahlt. Bei versicherten Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt das Krankenhaustagegeld **15 EUR**.

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden pro Tag wird die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.

215810 – 01.2013

C. Begriffsbestimmung / Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten für stationäre Behandlungen sowie für ambulante Operationen über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus im versicherten Umfang des Tarifs **impuls clinic 1** erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
2. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, für die eine Vorleistung aus einer Krankheitskostenvollversicherung ihres privaten Krankenversicherers (PKV) nachgewiesen ist. Erstattungsfähig aus Tarif **impuls clinic 1** sind nach Vorleistung nur die Aufwendungen, die über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus in Rechnung gestellt werden.
3. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, die eine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachweisen.

   Für versicherte Personen, die Tarif **impuls clinic 1** als Ergänzungsversicherung zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben, wird empfohlen, sich über die Möglichkeiten einer Kostenerstattung / Vorleistung (s. Anhang, § 13 SGB V) bei ihrer GKV zu informieren.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (s. Anhang, § 53 SGB V) oder eine mit der PKV vereinbarte Selbstbeteiligung wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt oder die Selbstbeteiligung angerechnete Leistungen werden als Vorleistung berücksichtigt.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

§ 13
Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 53
Wahltarife
(Selbstbehalt,
Beitragsrückzahlung)

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.