

Tarif MEGA.Clinic Krankenhaus-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Fassung Februar 2019

Wesentliche Merkmale des Tarifs MEGA.Clinic

Leistungen im Krankenhaus

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ein Zweibettzimmer
- privatärztliche oder belegärztliche Behandlung
- Krankentransporte
- eine Begleitperson bei versicherten Kindern im Krankenhaus
- eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- ambulante Operationen im Krankenhaus bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Wir zahlen

- eine Beitragsgutschrift bei langem Krankenhausaufenthalt

Inhalt

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif MEGA.Clinic? 2	2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?.....4
II. Wer kann sich versichern? 2	3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?.....4
III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV? 2	4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?.....4
IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen? 2	VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?4
1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir? 2	VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag? 5
2. Was erstatten wir für Wahlleistungen? 2	VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?5
3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen? ..3	IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?5
4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt verlangen?.. 3	X. Wann endet die Tarifstufe MEGA.ClinicRi?.....5
5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger? ... 3	XI. Wann stellen wir die Tarifstufe MEGA.ClinicRi in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR um?.....5
6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen? 3	1. Wann stellen wir planmäßig um?5
7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte? 3	2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?.....5
8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten? 3	XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?6
V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen? 3	XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?.....6
1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir? 3	XIV. Wann können wir die Leistung ändern?6
	Fachbegriffe6

Der Tarif MEGA.Clinic ist Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Er gilt nur in Verbindung mit

- Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und
- Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif MEGA.Clinic?

Der Tarif MEGA.Clinic steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe MEGA.ClinicAR bildet ab ➤ Alter 21 ➤ Alterungsrückstellungen;
- Tarifstufe MEGA.ClinicRi bildet keine ➤ Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen erstatten die gleichen Leistungen mit Ausnahme des Gesundheitsbonus (siehe VIII.).

II. Wer kann sich versichern?

Wir sind die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. (Versicherer). In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- zu Beginn der Versicherung in Deutschland wohnen.

Zusätzlich gilt für Tarifstufe MEGA.ClinicRi:

- Der Versicherte (von der weiblichen Form sehen wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit ab) muss zwischen 21 und 60 Jahre ➤ alt sein.

Endet die Versicherung in der GKV,

- endet auch diese Versicherung oder
- kann von Ihnen auf ➤ Anwartschaft gestellt werden.

III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV?

Wir ziehen von unserer Erstattung die Leistungen ab, die die GKV zu erbringen hat. Deren Leistungen muss der Versicherte deshalb vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns stets nachweisen.

IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten,

- wenn der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt wird und die ➤ Heilbehandlung dort medizinisch notwendig ist. Ohne weitere Prüfung gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig, wenn die GKV die ➤ allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.
- wenn der Versicherte eine Vorsorgeuntersuchung aus medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus durchführen muss.
- wenn die Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, weil sie schwanger ist oder entbindet.

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen (siehe VI.).

2. Was erstatten wir für Wahlleistungen?

2.1 Welche Wahlleistungen erstatten wir?

Wir erstatten

- den Zuschlag für ein Zweibettzimmer und ➤ angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG. Darunter fallen übliche Komfortelemente wie z.B. eine besondere Verpflegung, Ausstattung (Fernseher, Internetanschluss), Zimmergröße und Lage.
- die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

2.2 In welcher Höhe erstatten wir diese Wahlleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten.

Ist der Versicherte im Einbettzimmer, erstatten wir die Wahlleistungen, die bei einer Unterkunft im Zweibettzimmer angefallen wären.

3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für belegärztliche Leistungen.

4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt (siehe IV.2. und 3.) verlangen?

4.1 Kein Zweibettzimmer

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 30 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns keine Erstattung der Kosten für ein Zweibettzimmer verlangen. D.h., Sie reichen uns weder einen Zuschlag für ein Zweibettzimmer noch einen Zuschlag für einen besonderen Komfort ein.

4.2 Keine privatärztliche bzw. belegärztliche Behandlung

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 60 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns weder die Erstattung der Kosten für gesondert vereinbarte privatärztliche noch für belegärztliche Behandlung verlangen.

4.3 Wann bekommen Sie kein Ersatztagegeld?

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1

- für die Zeit einer stationären ➤Anschlussheilbehandlung oder
- für die Tage, an denen der Versicherte auf der Intensiv- oder Säuglingsstation behandelt wird.

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1 und 4.2

- für den Tag, an dem der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Tage, an denen der Versicherte teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird.

5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern. Dies setzt voraus, dass die Kosten im Rahmen der amtlichen Gebührenordnungen berechnet sind.

6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für die ➤allgemeinen Krankenhausleistungen, wenn die GKV diese nicht in voller Höhe erstattet hat. Bei der GKV bestehende Selbstbehalte bezahlen wir nicht.

Hat die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht geleistet, erstatten wir dafür auch nichts.

7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- an dem Tag, an dem der Versicherte zur stationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen bzw. entlassen wird.

8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat.

V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherte in einem Krankenhaus die folgenden medizinisch notwendigen ambulanten ➤Heilbehandlungen durchführen lässt:

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchung oder
- ambulant durchführbare Operation oder sonstiger stationärsersetzender Eingriff sowie die zugehörigen ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen bei Vorleistung der GKV.

2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der ärztlichen Kosten jeweils für eine einmalige ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Dies setzt voraus, dass

- diese maximal 4 Wochen vor bzw. innerhalb von 2 Wochen nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus (siehe IV.1.) stattfindet und
- sie der liquidationsberechtigte Krankenhaus- oder Belegarzt durchführt.

3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?

3.1 Ambulante Operation

Lässt sich der Versicherte ambulant operieren, erstatten wir 100% der verbleibenden Kosten für die privatärztliche Behandlung.

Wir erstatten auch die verbleibenden Kosten für

- die mit der ambulanten Operation zusammenhängenden Kosten für ➤anästhesiologische Leistungen und
- Leistungen, die im direkten medizinischen Zusammenhang mit der ambulanten Operation erforderlich sind. Dazu gehören z.B. Laboruntersuchungen, ➤radiologische, ➤histologische und pathologische Leistungen.

Unsere Erstattung setzt voraus, dass

- die ambulante Operation im Krankenhaus von einem dort tätigen Arzt, Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird,
- es sich um eine ambulant durchführbare Operation oder einen sonstigen stationärsersetzenden Eingriff handelt, die im jeweils geltenden ➤Katalog nach § 115b SGB V genannt sind und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

3.2 Ambulante Vor- und Nachuntersuchung

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für eine einmalige ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgt und
- maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für ambulante Nachuntersuchungen im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgen,
- notwendig sind, um den Erfolg der ambulanten Operation zu sichern,
- innerhalb von 2 Wochen nach der Operation erfolgen und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Erbringt die GKV keine Vorleistung für die ambulante Operation leisten wir auch für die Vor- und Nachuntersuchungen nicht.

Um leisten zu können, brauchen wir stets folgende Informationen:

- alle Rechnungen,
- den Namen und Ort des Krankenhauses, in dem die ambulante Operation stattfand und
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich die jeweiligen ➤Operationen- und Prozedureschlüssel (OPS) ergeben.

3.3 Zahnärztliche Behandlungen

Die Kosten für ➤zahnärztliche Behandlungen werden nicht erstattet.

4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- am Tag der ambulanten Operation.

VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. D.h., wir erbringen keine Leistungen

- für die Behandlung der Schwangerschaft,
- für die Entbindung und
- für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.

VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag?

Muss sich der Versicherte länger als 8 Wochen ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandeln lassen, erhalten Sie eine Gutschrift über dessen Beitrag für den Monat, in den der 1. Tag der 9. Woche fällt (siehe ➤Beispiel).

Geht die Behandlung ununterbrochen weiter, erhalten Sie auch eine Gutschrift für die folgenden Monate, in denen der Versicherte mindestens einen Tag behandelt wurde.

VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?

In der Tarifstufe **MEGA.ClinicAR** zahlen wir Ihnen einen Gesundheitsbonus. Dies setzt voraus,

- dass der Versicherte für 3 volle Kalenderjahre hintereinander keine Leistungen gemäß IV. und V. beansprucht,
- im ersten der 3 Kalenderjahre mindestens 21 Jahre ➤alt ist und
- MEGA.ClinicAR während dieses Zeitraumes bis zur Auszahlung des Bonus ➤ununterbrochen bestanden hat.

Wir zahlen den Gesundheitsbonus dann jeweils im folgenden Jahr aus.

Die Höhe des Bonus ist abhängig vom ➤Alter des Versicherten zum Auszahlungszeitpunkt und beträgt:

- Alter 24 – 50: 30 €
- Alter 51 – 80: 60 €
- ab Alter 81: 90 €

IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Abweichend von § 3 MB/KK 2009 gelten für diesen Tarif keine ➤Wartezeiten.

X. Wann endet die Tarifstufe MEGA.ClinicRi?

Die Versicherung nach Tarifstufe MEGA.ClinicRi endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

XI. Wann stellen wir die Tarifstufe MEGA.ClinicRi in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR um?

1. Wann stellen wir planmäßig um?

Die Tarifstufe MEGA.ClinicRi stellen wir in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR wie folgt um:

Zum 1. Juli des 7. Kalenderjahres, das auf die Aufnahme in diesen Tarif folgt.

Die Umstellung teilen wir Ihnen spätestens einen Monat davor mit. Sie können dieser Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Umstellung in ➤Textform widersprechen.

Widersprechen Sie der Umstellung, stellen wir 5 Jahre später zum 1. Juli erneut um. Dieser Umstellung können Sie unter den gleichen Voraussetzungen (s.o.) widersprechen. Dieser Prozess wiederholt sich dann alle 5 Jahre.

Wird der Versicherte 60 Jahre alt, bevor MEGA.ClinicRi in MEGA.ClinicAR umgestellt ist, stellen wir zum 1. Januar des nächsten Jahres um.

Widersprechen Sie dieser Umstellung nach den genannten Voraussetzungen (s.o.), endet die Versicherung zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?

Sie können zum nächsten Monatsersten wie folgt umstellen:

- jederzeit von Tarifstufe MEGA.ClinicRi in Tarifstufe MEGA.ClinicAR oder
- von Tarifstufe MEGA.ClinicAR in Tarifstufe MEGA.ClinicRi. Hier müssen Sie beachten, dass MEGA.ClinicRi zum Ende des Jahres endet, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird (siehe X.).

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung. Der Beitrag wird nach dem ➤Alter des Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Umstellung berechnet.

Stellen Sie aus Tarifstufe MEGA.ClinicAR in Tarifstufe MEGA.ClinicRi um, so bleibt die bereits gebildete ➤Alterungsrückstellung erhalten. Wechseln Sie dann zurück, wird diese angerechnet.

Endet die Versicherung in Tarifstufe MEGA.ClinicRi ohne dass Sie sie in MEGA.ClinicAR umgestellt haben, erlöschen alle erworbenen Rechte. Die Beiträge und ggf. aus MEGA.ClinicAR gebildete Alterungsrückstellungen zahlen wir nicht zurück.

XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Für die Tarifstufe MEGA.ClinicRi gilt:

- Sie bildet keine ➤ Alterungsrückstellung. Deshalb wird bei einer Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.
- Bei Aufnahme in die Tarifstufe MEGA.ClinicRi ist der Beitrag der entsprechenden Altersgruppe abhängig vom ➤ Alter des Versicherten zu bezahlen.
Ab dem 1. Juli des 5. Kalenderjahres das auf die Aufnahme folgt, gilt der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe. Danach wird alle 5 Jahre jeweils zum 1. Juli der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe fällig.

XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 können Sie den Tarif zum Ende eines jeden Monats kündigen. Dies setzt voraus, dass

- uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in ➤ Textform erreicht und
- der Tarif beim Versicherten zum Tag der Beendigung schon mindestens 2 Jahre besteht.

XIV. Wann können wir die Leistung ändern?

Um den Wert des Schutzes zu erhalten, können wir auch die Höhe der Ersatztagegelder gemäß IV.4. ändern. Darüber hinaus können wir auch die Beträge des Gesundheitsbonus gemäß VIII. anpassen. Dazu muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus **nicht** nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Alt/Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2019 – 1980 = 39 Jahre.

Alterungsrückstellung

Die Alterungsrückstellungen dienen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Alter mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. In den Tarifen mit Alterungsrückstellungen kalkulieren wir den Beitrag so, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommene Leistung. Die Differenz legen wir zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich an. Wenn in späteren Jahren die Kosten für die Leistungen dann über dem Beitrag liegen, schließen wir die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen. In diesen Tarifen steigt der Beitrag nicht infolge des Alters an.

Anästhesiologische Leistungen

Anästhesiologie umfasst die allgemeine Betäubung (Narkose) und die örtliche Betäubung einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Dazu gehören auch

- die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe,
- die Wiederbelebung und
- die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten.

Angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort

Wir richten uns nach der gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft. Diese wurde zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart.

Unser Tipp: Lassen Sie sich vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus bestätigen, dass es sich an diese Preisempfehlung hält.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Beispiel: Gutschrift über Ihren Beitrag

Beginn der Krankenhausbehandlung: 06.02.2019
8 Wochen später: 02.04.2019

Ist der Versicherte am 03.04.2019 (1. Tag der 9. Woche) noch im Krankenhaus, erhalten Sie eine Gutschrift in Höhe des Beitrages für den Versicherten für den Monat April.

Ist der Versicherte am 01.05.2019 noch im Krankenhaus, erhalten Sie auch den Beitrag für den Monat Mai gutgeschrieben.

Fahrt

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die Behandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Sprechen wir in diesem Tarif nur von „Behandlung“ dann meinen wir damit Heilbehandlungen, aber auch stationäre Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft.

Histologische und pathologische Leistungen

Hier werden z.B. Gewebeproben untersucht. Gründe können sein:

- die Frühdiagnose von Tumoren,
- die Klassifizierung von Tumoren (gutartig / bösartig),
- der Nachweis von Stoffwechselerkrankungen und parasitären, bakteriellen oder entzündlichen Erkrankungen.

Katalog nach § 115b SGB V

Gemäß § 115b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog. In diesem sind alle Operationen genannt, die ambulant im Krankenhaus zu Lasten der GKV durchgeführt werden dürfen. Dies schließt auch die Operationen ein, durch die ein stationärer Aufenthalt ersetzt werden kann.

Dazu gehören z.B. Operationen bei Leisten- oder Nabelbrüchen, arthroskopische Eingriffe an Knie oder Schulter oder die Entfernung von Krampfadern.

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von

- Operationen,
- Prozeduren und
- allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.

Radiologische Leistungen

Radiologie umfasst alle Bereiche der Bildgebung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Dazu gehören z.B.

- Röntgenstrahlen,
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie und
- Ultraschall.

Textform

Textform bedeutet schriftlich. Es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht eine E-Mail.

Transport

Transport bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Ununterbrochen

Es gab keine Unterbrechung durch Anwartschaft oder Kündigung.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Zahnärztliche Behandlungen

Darunter verstehen wir Zahnbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.