

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Komfort (S2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die Höchstsätze dieser Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100%

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BpflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung – Erstattungssatz 100%

Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer ist erstattungsfähig. Wählt die versicherte Person eine gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig. Darüber hinaus sind auch Kosten für besondere Verpflegungsarten sowie die Benutzung von Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräten, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben, erstattungsfähig.

1.4 Privatärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100%

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Ersatzkrankenhaustagegeld

a) Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterbringung oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt der Versicherer bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung: 30 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung über die gesamte Dauer einer stationären Unterbringung: 50 Euro

b) Bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung gezahlt.

c) Bei Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Kuren besteht kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Gemäß Ziffer 3.c) besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

¹ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind die gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Ziffer 1.3 und die privatärztliche Leistung gemäß Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

6. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 4 und 5 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

7. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100 %

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

8. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. vom Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 400 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

Darüber hinaus ist die medizinisch nicht notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands erstattungsfähig (Wunschverlegung). Das gilt jedoch nur, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und während des Transports keine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist.

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

10. Überführungskosten – Erstattungssatz 100 %

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

11. Bergungskosten – Erstattungssatz 100 %

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

12. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100 %

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.