



Häufig gestellte Fragen zu den stationären Zusatz-Tarifen

SN262BL, SU262BL und SD262BL
sowie SN262, SU262 und SD262

Stand 6.2016

1 Warum ist ein Stationär-Tarif sinnvoll?

Gerade im stationären Bereich stellt die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Grundabsicherung dar. Hierzu zählen die Behandlung im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus durch den Dienst habenden Stationsarzt und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Doch vor allem im stationären Bereich kann es von großer Bedeutung sein, von einem Spezialisten behandelt zu werden bzw. eine passende Fachklinik selbst wählen zu können. Neben diesen Leistungen bietet der Tarif die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung.

2 Die bKV-Tarife SN262BL, SU262BL und SD262BL sowie die Weiterführungstarife SN262, SU262 und SD262 – wo liegen die Unterschiede?

Grundsätzlich sind die Leistungen der Tarife identisch. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen sind jedoch unterschiedlich. Es wird unterschieden zwischen den bKV-Tarifen und den Weiterführungstarifen:

Die bKV-Tarife SN262BL, SU262BL und SD262BL:

Die **bKV-Tarife** gelten im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Kollektivversicherung/betrieblichen Krankenversicherung für Mitarbeiter der jeweiligen Unternehmen.

Die Weiterführungstarife SN262, SU262 und SD262:

Die **Weiterführungstarife** gelten für:

- Arbeitnehmer im Rahmen der arbeitnehmerfinanzierten Absicherung, inklusive deren Familienangehörige
- Arbeitnehmer nach Beendigung des jeweiligen Kollektivrahmenvertrages, inklusive deren Familienangehörige
- Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus der Firma, inklusive deren Familienangehörige
- Familienangehörige von im bKV-Tarif versicherten Arbeitnehmern

Für die bKV-Tarife und die Weiterführungstarife gilt Folgendes:

• SN262BL und SN262

Die Tarife leisten generell bei medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalten.

• SU262BL und SU262

Die Leistungen der Tarife können dann in Anspruch genommen werden, wenn der Krankenhausaufenthalt unfallbedingt* erfolgt.

• SD262BL und SD262

Die Tarife leisten bei einem Krankenhausaufenthalt aufgrund folgender schwerer Krankheiten:

- Akuter Herzinfarkt, auch inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen)
- Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Knochenmarksversagen
- Bakterielle Meningitis / Enzephalitis
- Koma oder Wachkoma
- Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
- Operationen am Gehirn (z.B. auch bei gutartigen Neubildungen)
- Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader)
- Organtransplantationen: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders.

*Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsstörung erleidet. Als Unfälle gelten auch Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist. Als Unfall gilt ferner, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelkörpern ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Jeder Unfall ist dem Versicherer binnen 30 Tagen ab Unfallereignis in Textform anzuzeigen. Die Frist beginnt mit dem Tage, der auf das Unfallereignis folgt.

3 Gesundheitsprüfung und Ausschlussklausel - Welche Besonderheiten sind hier zu beachten?

Tarife	AG-finanzierte bKV			AN-finanziert / Familienangehörige		
	SN262BL	SU262BL	SD262BL	SN262	SU262	SD262
Gesundheitsprüfung	Nein	Nein	Nein	Nein, erst nach Ablauf der 3-Monatigen Öffnungsaktion	Nein	Nein, erst nach Ablauf der 3-Monatigen Öffnungsaktion
Ausschlussklausel	Ja, bei kleinen Kollektiven (10-49 AN)	Nein	Ja, bei kleinen Kollektiven (10-49 AN)	Ja, innerhalb der 3-Monatigen Öffnungsaktion	Nein	Ja, innerhalb der 3-Monatigen Öffnungsaktion
Wartezeit	Nein	Nein	Nein	Ja, 8 Monate nur für Entbindung und Psychotherapie	Nein	Nein

Ausschlussklausel für die Tarife SD262BL und SD262

- 1 Abweichend von § 2 Teil I Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) wird – soweit durch die folgenden Absätze (2) und (3) keine Einschränkung des Versicherungsschutzes erfolgt – auch für Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, sofern es um Heilbehandlungskosten geht, die ab Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind
- 2 Nicht vom Versicherungsschutz umfasst verbleiben jedoch solche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind und die sich auf eine ärztlich oder von einem Psychotherapeuten angeratene oder bereits begonnene stationäre bzw. teilstationäre Heilbehandlung beziehen.
- 3 Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind ferner alle Versicherungsfälle, die nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang mit einer im Tarif als versichert bezeichneten Erkrankung stehen, sofern die jeweilige Erkrankung vom Arzt oder Psychotherapeuten vor Antragstellung* diagnostiziert wurde und der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer vor Antragstellung* bekannt war.

* Im Falle von arbeitgeberfinanzierten Tarifen gilt anstelle des Zeitpunkts der Antragstellung der Zeitpunkt der Absendung der Anmeldung der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag an den Versicherer durch den Arbeitgeber.

Erläuterungen: Was bedeutet das konkret?

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. In den Tarifen SD262BL und SD262 wird nun auch für Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Ausgenommen hiervon sind

- Vor Versicherungsbeginn angeratene oder bereits begonnene (teil-)stationäre Heilbehandlungen
- Vor Antragstellung bekannte und/oder diagnostizierte Erkrankung, die nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang mit einer unter Punkt 2 bezeichneten Erkrankung stehen

Es werden allerdings nur die Heilbehandlungskosten erstattet, die nach Versicherungsbeginn entstanden sind.

Ausschlussklausel für die Tarife SN262BL und SN262

1. Abweichend von § 2 Teil I Abs. 1 Satz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) wird – soweit durch die folgenden Absätze (2) und (3) keine Einschränkung des Versicherungsschutzes erfolgt – auch für Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, sofern es um Heilbehandlungskosten geht, die ab Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind.
2. Nicht vom Versicherungsschutz umfasst verbleiben jedoch solche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind und die sich auf eine ärztlich oder von einem Psychotherapeuten angeratene oder bereits begonnene stationäre bzw. teilstationäre Heilbehandlung beziehen.
3. Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind ferner alle Versicherungsfälle, die nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang mit den nachstehend bezeichneten Erkrankungen stehen, sofern die jeweilige Erkrankung vom Arzt oder Psychotherapeuten vor Antragstellung* diagnostiziert wurde und der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer vor Antragstellung* bekannt war:

- Multiple Sklerose
- Schlaganfall
- Parkinson-Erkrankung

- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- Hepatitis B/C
- Leberzirrhose
- Morbus Crohn
- Diabetes
- Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Chronische Niereninsuffizienz
- Bluterkrankheit
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Muskelschwund
- Arthrose / Arthritis
- Osteoporose
- Bösartige Tumore
- Leukämie
- HIV-Infektion / Aids
- Tuberkulose
- Psychosen
- Verhaltensstörungen durch Missbrauch von Alkohol, Drogen, Sucht- oder Arzneimittel
- Depressive Störungen
- Transplantation von Herz, Niere, Leber, Lunge bzw. Hauttransplantation (ab 10% Körperoberfläche).

* Im Falle von arbeitgeberfinanzierten Tarifen gilt anstelle des Zeitpunkts der Antragstellung der Zeitpunkt der Absendung der Anmeldung der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag an den Versicherer durch den Arbeitgeber.

Erläuterungen: Was bedeutet das konkret?

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. In den Tarifen SN262BL und SN262 wird nun auch für Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Ausgenommen hiervon sind

- Vor Versicherungsbeginn angeratene oder bereits begonnene (teil-)stationäre Heilbehandlungen
- Vor Antragstellung bekannte und/oder diagnostizierte Erkrankungen, die nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang mit einer der oben aufgeführten Erkrankung stehen

Es werden allerdings nur die Heilbehandlungskosten erstattet, die nach Versicherungsbeginn entstanden sind.

4 Was bedeutet „angeratene Behandlung“ und „nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang“

Was ist unter „angeratene Behandlungen“ zu verstehen?

Unter angeratenen Behandlungen sind die Behandlungen zu verstehen, die innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Versicherungsbeginn vom Arzt empfohlen bzw. angeraten wurden. Diese Behandlungen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Beispiel:

Der Versicherungsnehmer befindet sich seit dem 01.07.2015 wegen eines Bandscheibenvorfalles in physiotherapeutischer Behandlung. Die Antragstellung erfolgt am 21.09.2015, Versicherungsbeginn ist der 01.10.2015.

- ➔ Am 10.02.2016 rät der Arzt dringend zu einer Bandscheibenoperation. In diesem Fall ist die Operation mitversichert, da die Operation vor Versicherungsbeginn noch nicht bekannt bzw. angeraten war.
- ➔ Der Arzt hat dem Versicherungsnehmer bereit am 28.08.2015 zu einer Operation geraten, die am 01.04.2016 durchgeführt werden soll. In diesem Fall fällt die Bandscheibenoperation nicht unter den Versicherungsschutz, da die Operation bereits innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Versicherungsbeginn vom Arzt empfohlen bzw. angeraten wurde.

Was ist unter „nach objektiven medizinischen Maßstäben in unmittelbarem Zusammenhang“ zu verstehen?

Für stationäre Behandlungen, die in unmittelbarem kausalem Zusammenhang mit den oben aufgeführten Ausschlussdiagnosen stehen, besteht kein Versicherungsschutz.

Beispiel 1:

Der Versicherungsnehmer leidet an Diabetes.

- ➔ Er muss wegen eines Herzinfarktes stationär behandelt werden. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz, da der Grund der stationären Behandlung der Herzinfarkt ist und damit kein kausaler Zusammenhang zwischen der Erkrankung Diabetes und dem Herzinfarkt besteht.

- Er muss wegen eines diabetischen Fußes ins Krankenhaus und muss behandelt werden. In diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz, da der Grund der stationären Behandlung die Diabetes ist und die beiden Diagnosen damit in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Beispiel 2:

Der Versicherungsnehmer leidet an Herzinsuffizienz.

- Er muss wegen einer Mandel-Operation stationär aufgenommen werden. In diesem Fall besteht Versicherungsschutz, da der Grund der stationären Behandlung die Mandel-Operation ist und damit kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Grund des stationären Aufenthalts und der Herzinsuffizienz besteht.
- Er muss wegen eines Herzinfarktes ins Krankenhaus. In diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz, da der Grund der stationären Behandlung die Herzinsuffizienz ist und damit ein kausaler Zusammenhang besteht.

Die im Folgenden getroffenen Aussagen gelten für alle Tarifvarianten. Wenn bei den nachfolgenden Fragen Unterschiede zwischen den Tarifvarianten bestehen, wird in der Frage selbst explizit darauf hingewiesen.

5 Welche Leistungen sind versichert?

Für GKV-Versicherte gilt:

- Gesonderte Unterbringung im Krankenhaus
- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Privatärztliche Behandlung:
100 % Kostenerstattung für die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus
- Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen:
100 % Erstattung der Differenzkosten, die dadurch entstehen, dass ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus innerhalb Deutschlands aufgesucht wird.
- Ambulante Operationen:
Wird in einem Krankenhaus eine ambulante Operation, die eine an sich vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, durchgeführt, so sind die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 % erstattungsfähig.
- Vor- und nachstationäre Behandlungen:
Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen begrenzt – die nachstationäre Behandlung auf maximal sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung.

Für privat Krankenvollversicherte gilt:

Pro Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Unterbringung im Krankenhaus werden 75 EUR erstattet. Darüber hinaus werden keine Leistungen erstattet.

6 Leisten die Tarife auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus?

Ja, bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung ist die Erstattung nicht auf die Höchstsätze der Gebührenordnung beschränkt.

Empfehlung der ARAG: Vor Abschluss einer Honorarvereinbarung sollte stets mit der Leistungsabteilung der ARAG Kontakt aufgenommen werden.

7 Leisten die Tarife auch für Rooming-in für Begleitpersonen von Kindern?

Ja, in den Weiterführungstarif-Varianten ist für mitversicherte Kinder unter 15 Jahren eine Leistung für Rooming-in vorgesehen. Es werden die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils bzw. einer Bezugsperson als Begleitung im Krankenhaus erstattet. Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Begleitperson bis zum Zweifachen des Betrags, der als Zimmerzuschlag für das behandelte Kind tariflich erstattet wird.

8 Leisten die Tarife für stationäre Psychotherapien

Ja, die versicherten Leistungen werden auch bei stationären Psychotherapien tarifgemäß erbracht.

9 Leisten die Tarife für stationäre Kuren?

Nein, die Tarife leisten nicht für stationäre Kuren.

10 Was passiert, wenn versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen werden?

Leistungsverzicht wird belohnt.

Sie haben die Wahl: Wenn Sie während eines stationären Aufenthaltes bestimmte versicherte Leistungen nicht in Anspruch nehmen möchten, wird dies von der ARAG honoriert.

Kostenerstattung	Euro pro Tag
Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse)	37,50
Verzicht auf privatärztliche Behandlung	37,50
Verzicht auf alle tariflichen Leistungen	75,00

11 Was sind Differenzkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung vorgesehenes Krankenhaus aufgesucht wird, so können die Kosten für die Allgemeine Krankenhausleistungen höher sein als die, die angefallen wären, wenn das in der Einweisung vorgesehene Krankenhaus aufgesucht worden wäre. Diese Differenzkosten werden nicht von der GKV übernommen, jedoch aus den Tarifvarianten erstattet.

12 Sehen die Tarife Wartezeiten vor?

Die bedingungsgemäßen Wartezeiten gemäß § 3 der MB/KK entfallen für diese Tarife. Allerdings gilt für den Weiterführungstarif SN262 eine Wartezeit von 8 Monate nur für Entbindung und Psychotherapie.

13 Abrechnungsmodalitäten

Wird eine stationäre Behandlung notwendig, so berechnet die Klinik drei Arten von Kosten:

- die allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Behandlung durch den Chefarzt oder Belegarzt und
- gegebenenfalls den Zuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen rechnet Ihre gesetzliche Krankenkasse direkt mit der Klinik ab. Für die Chefarztbehandlung und das bessere Zimmer werden Sie jeweils eine Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben. Ihnen werden dann vom Chefarzt und vom Krankenhaus Rechnungen zugestellt, die Sie bitte an uns weiterleiten. Wir empfehlen, die Rechnungen erst zu bezahlen, wenn wir sie geprüft haben.

14 Welche Abrechnungsmodalitäten sind zu beachten?

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen (Erstattungsvermerk der GKV). Der Vermerk der gesetzlichen Krankenkasse sollte auch Aufschluss darüber geben, welche Leistungen nicht von der GKV übernommen werden. Die Leistungen der GKV müssen dabei jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Um eine möglichst schnelle und unkomplizierte Kostenabrechnung zu gewährleisten, empfiehlt die ARAG jedoch grundsätzlich, alle Rechnungen – unabhängig davon, ob ein vermeintlicher Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht oder nicht – zuerst bei der GKV einzureichen und mit einem entsprechenden Erstattungsvermerk versehen zu lassen.

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München