


Moratoriumsklausel und Ersatzkrankenhaustagegeld am Beispiel KombiMed-Tarif UZ Praxisfälle Leistung

Köln, 19.08.2016

Moratoriumsklausel

Die DKV ermöglicht mit vielen Tarifen, dass Kunden auch mit Vorerkrankungen versicherbar sind – jedoch können Versicherungsfälle, die vor Versicherungsabschluss eingetreten sind, den Versicherungsschutz einschränken



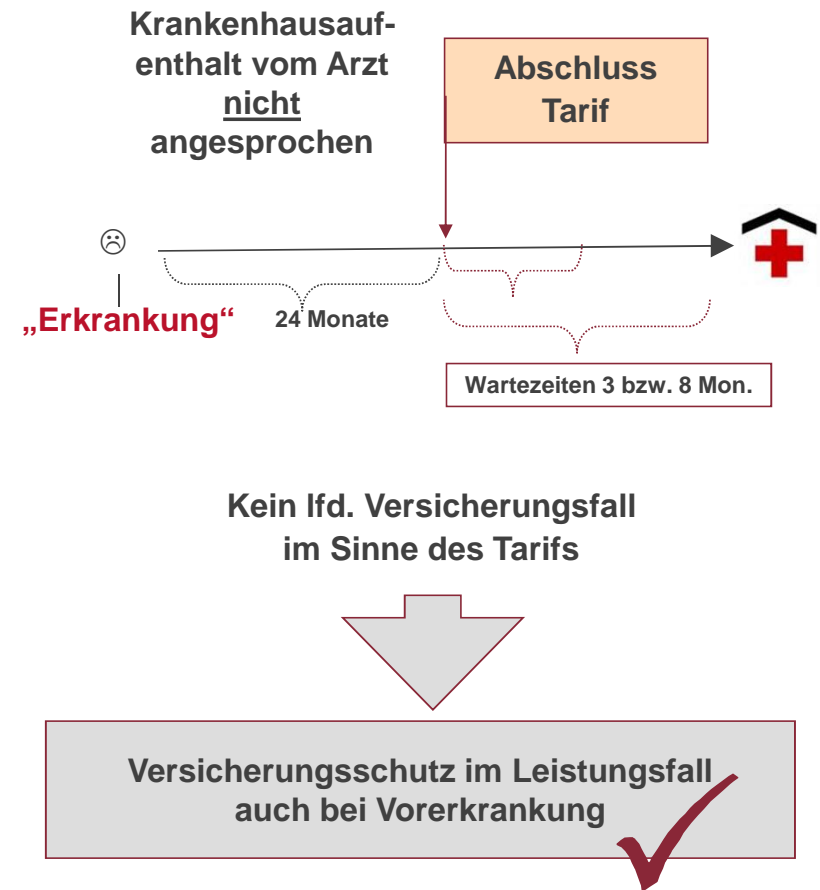
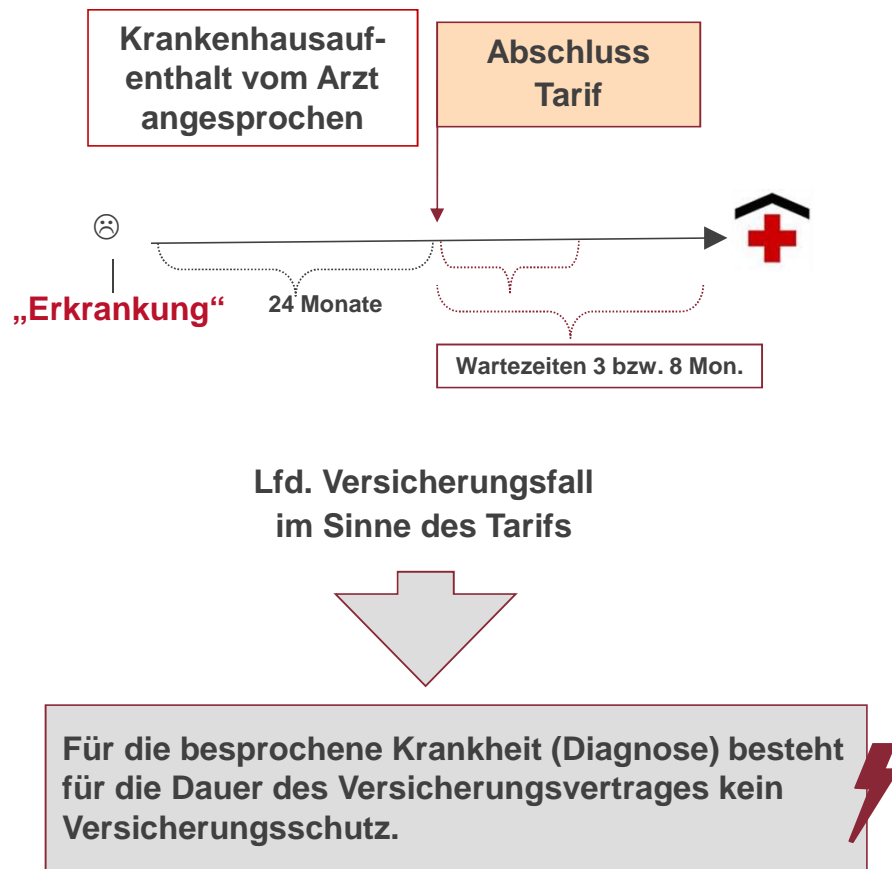
Bedeutung der Moratoriumsklausel (Beispiel UZ1/UZ2)	Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht (laufende Versicherungsfälle). Ein laufender Versicherungsfall liegt vor, wenn in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages eine stationäre Krankenhausbehandlung als Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Für die besprochene Krankheit (Diagnose) besteht für die Dauer des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz.
Tarife mit Moratoriumsklausel	<ul style="list-style-type: none">▪ KombiMed KKHT▪ KombiMed KKUR▪ KombiMed KBCK▪ KombiMed UZ1/2*  <ul style="list-style-type: none">• Es sind keine Gesundheitsfragen im Antrag zu beantworten• Laufende Versicherungsfälle gemäß Klausel sind nicht mitversichert• Wartezeiten in EV und GV
Vorteile der Moratoriumsklausel !	<ul style="list-style-type: none">▪ Keine Gesundheitsfragen, auch Kunden mit Krankheiten können versichert werden.▪ Der Kunde muss nur die letzten 24 Monaten bzgl. einer Krankheit „zurückdenken“.▪ Der Ausschluss von Vorerkrankungen oder chronischer Erkrankung ist klar definiert.

„Das brennende Haus“ ist nicht versichert

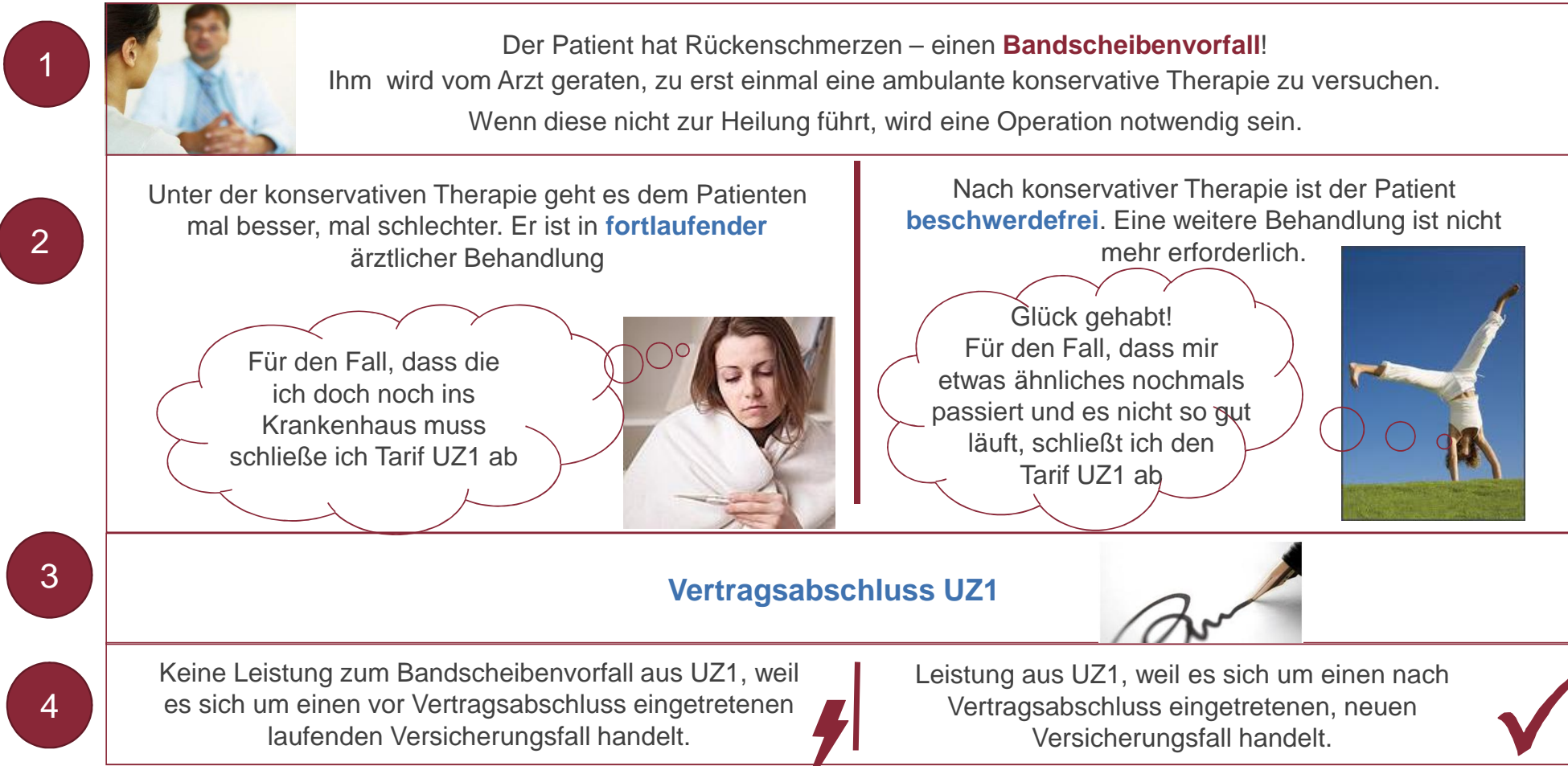
*Tarife UZ1 und UZ2: laufende Versicherungsfälle sind gemäß AVB ausgeschlossen. Die klarstellende Moratoriumsklausel wird in der Praxis aktuell verwendet

Moratoriumsklausel (Beispielhaft für UZ1/2)

Laufende Versicherungsfälle, die bereits vor Abschluss bestanden, sind vom Versicherungsschutz grundsätzlich ausgeschlossen – die Moratoriumsklausel stellt klar, in welchen Fällen die DKV von einem lfd. Versicherungsfall ausgeht



Kundenerlebniskette: Ein Bandscheibenvorfall, bei dem erst eine konservative Therapie versucht wurde – der Krankenhausaufenthalt im Arztgespräch besprochen, aber vermieden werden soll



Bei den aufgeführten Diagnosen ist bereits vor Vertragsabschluss von einer stationären Behandlungsbedürftigkeit auszugehen – der Versicherungsschutz ist demnach gemäß der geltenden Moratoriumsklausel sehr wahrscheinlich eingeschränkt

Klassische „planbare“ Operationen

- Nasen OP
- Krampfader OP
- Myom Entfernung
- künstliche Hüft- oder Kniegelenke
- Karpaltunnel OP
- Tendinitis OP
- Hallux valgus OP
- Adipositas:
Legen eines Magenbandes und anschließende Entfernung überschüssiger Haut
- Geschlechtsumwandlung
- etc.

Schwerwiegende Erkrankungen

- Niereninsuffizienz
- Stauungsleber
- Alkoholabusus
- Leberzirrhose
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Koronare Herzkrankheit
- Chron. Vorhofflimmern
- COPD
- Herzklappeninsuffizienz
- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- Multiple Sklerose
- bestimmte Krebserkrankungen
(z. B. Darmkrebs mit späterer Rückverlegung des künstlichen Darmausganges)
- etc.

Diagnosen bei denen von einer stationären Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen werden kann, sind **Prüfungsauslöser** für die Leistungsabteilung.

Annahme:

Dem Kunden wurde hier die stationäre Behandlung angeraten.

Angeratene bzw. geplante Leistungsfälle werden abgelehnt.

Praxisbeispiel 1: Mit dem Arzt besprochene Krankenhausaufenthalte fallen unter die Moratoriumsklausel und sind nicht versichert (Operation vor Vertragsabschluss besprochen)

Tarife mit Moratoriumsklausel – Operation bereits vor Vertragsabschluss als Behandlungsalternative mit dem Arzt besprochen

- Vertragsabschluss : 01.12.2015
- Stationäre Aufnahme am 03.03.2016 kurz nach Beendigung der Wartezeit: Bandscheiben-OP
- Kunde hatte bereits vor Versicherungsbeginn einen Bandscheibenvorfall, der nachhaltig Beschwerden verursachte. Laut Patientenakte wurde bereits am 08.10.2015 eine OP angeraten, wenn weiterhin keine Besserung eintritt.



Auszug Patientenakte:

```
08.10.2015 dia Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (G55.1*),  
li., G. (+M51.1LG); Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus  
bei Bandscheibenschäden (M50-M51+), li., G. (+G55.1LG);  
medrp Dexamethason 4mg GALEN 20ST TAB N1 (1-0-0-)  
lko 16211-16220  
a seit Monaten wieder intensive Lumboischialgie links bis dorslaer US,  
p.m. Kniekehle  
b MRT v. 20.08.2015: Rezidiv-BSV L5/S1 links  
wv wenn mit Dexa nicht besser, dann Rezidiv-OP L5/S1 links
```

Praxisbeispiel 2: Geplante oder in Erwägung gezogene Krankenhausaufenthalte fallen unter die Moratoriumsklausel und sind nicht versichert (Operation geplant)

Tarife mit Moratoriumsklausel – Operation stand vor Vertragsabschluss schon fest

- Versicherungsbeginn: 01.03.2016
- 2 Tage nach Ablauf der Wartezeit teilt die Kundin mit, dass eine stationäre Aufnahme bevorsteht.
- Nach einem Unfall im Jahr 2015 wurde ein Bruch mit Schrauben fixiert. Diese müssen nun wieder entfernt werden.

Ein klassischer Versicherungsfall, der vor Vertragsabschluss eintrat.



Auszug Leistungsablehnung:

vielen Dank für Ihren Anruf am 2.6.2016. Eine Leistungszusage können wir nicht erteilen. Wir erklären Ihnen die Gründe:

Sie sind seit dem 1.3.2016 nach Tarif KombiMed Krankenhaus UZ1 versichert. Es besteht ausdrücklich kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat.

Nach unseren Informationen soll nun OP-Material entfernt werden. Wir gehen davon aus, dass stationäre Krankenhausaufenthalte im Vorfeld geplant waren. Das bedeutet: Wir können die offenen Kosten oder das Tagegeld nicht zahlen. Gleiches gilt für sämtliche künftigen Krankenhausaufenthalte wegen dieser Diagnose.

Praxisbeispiel 3: Geplante oder in Erwägung gezogene Krankenhausaufenthalte fallen unter die Moratoriumsklausel und sind nicht versichert (stationäre Behandlung wegen Chronischer Erkrankung stand fest)

Tarife mit Moratoriumsklausel – Notwendigkeit stationärer Behandlung stand vor Vertragsabschluss fest

- Vertragsabschluss: 01.02.2016 (Tarife UZ2 + KKHT 50 Euro)
- Stationäre Aufnahme erfolgte am 30.05.2016 wegen Multipler Sklerose.
- Der Kunde wählte die Unterbringung im 2 Bettzimmer im festen Glauben, nach Ablauf der Wartezeit bestehe uneingeschränkter Versicherungsschutz

Dieser Kunde musste jedoch schon seit einigen Jahre alle 3 Monate zur Therapie der Multiplen Sklerose ins Krankenhaus. Die Notwendigkeit stationärer Behandlung stand also bereits vor Vertragsabschluss fest.



Die Kosten für das Zweibettzimmer sind nun vom Kunden selber zu tragen.

Sämtliche Krankenhausaufenthalte wegen Multipler Sklerose sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen (keine Leistung aus Tarif UZ)

Praxisbeispiel 4: Stationäre Behandlung ist versichert, wenn vor Versicherungsbeginn nicht ersichtlich

Tarife mit Moratoriumsklausel – Notwendigkeit stationärer Behandlung war vor Versicherungsbeginn **nicht** ersichtlich

- Vertragsabschluss: 01.03.2016 (Tarife UZ1 + KKHT 20 Euro)
- Stationäre Aufnahme erfolgte am 30.06.2016: Diagnose Diabetes Mellitus

Die Kosten des stationären Aufenthaltes sind versichert. Es handelt es sich zwar um einen dauerhaft erkrankten Kunden, die Einweisung erfolgte aber aufgrund akuter Hypoglykämie (Unterzuckerung).



Diese stationäre Behandlung war nicht als Behandlungsalternative mit dem Arzt besprochen worden
(Leistung aus Tarif UZ)

Praxisbeispiel 5: Tarif UZ1 / UZ2: Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird nur dann ausgezahlt, wenn das Krankenhaus dem Kunden kein Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stellen kann



Tarif UZ1 und UZ2 – Leistung Krankenhaustagegeld

Auszug aus den Versicherungsbedingungen UZ1/2:

„Kann Ihnen das Krankenhaus im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen, zahlen wir Ihnen ersatzweise ein Tagegeld.“

Kunden, die freiwillig auf das Einbett- oder Zweibettzimmer verzichten, haben keinen Anspruch auf ein Ersatz-Krankenhaustagegeld.

Die Leistungsabteilung prüft diesen Sachverhalt z.B. anhand des abgebildeten Formulars.



BITTE VOM KRANKENHAUS AUSFÜLLEN LASSEN 13. Juli 2016

stationäre Behandlung teilstationäre Behandlung vor-/nachstationäre Behandlung

Aufnahmetag 28.06.2016
Entlassungstag 09.07.2016
Diagnose(n) ex COPD
Urlaubstag(e) _____

Dem Patienten konnte ein 1- oder 2-Bettzimmer zur Verfügung gestellt werden?
 ja nein

Wenn nein, aus welchem Grund?

Der Patient hat auf eigenen Wunsch hin ein 1- oder 2-Bett-Zimmer nicht gewählt?
 ja nein

Solingen, deu 09.07.2016
Ort, Datum

Kran JH
Postfach jen
Auf der jer
Fon: 01 85
Stempel/unterschrift des Krankenhauses