

Artikel 1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Gegenstand der Versicherung ist die Erstattung eines Teils der Kosten, die sich aus einer stationären Behandlung ergeben, zu Lasten des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit SOLIMUT bei einer stationären Behandlung eines Mitglieds einer Christlichen Krankenkasse, die dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT angeschlossen ist, in einem Krankenhaus in Belgien, deren Gesamtkosten zum Teil von der gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung getragen werden.

Berücksichtigt werden auch Krankenhausaufenthalte eines Versicherten oder Mitversicherten außerhalb des belgischen Staatsgebiets auf Grund eines bilateralen oder multilateralen zwischenstaatlichen Abkommens im Rahmen der europäischen „Interreg-Projekte“ oder auf Grund einer vertrauensärztlichen Genehmigung.

Die solidarische Krankenhausversicherung erstattet einen Teil der Kosten für außerhalb des Staatsgebietes in Anspruch genommene Krankenhausleistungen für Leistungsberechtigte, deren Hauptwohnsitz im Grenzgebiet liegt, und die sich in einem Krankenhaus außerhalb des Staatsgebietes in einem Umkreis von höchstens 25 km von ihrem Hauptwohnsitz behandeln lassen (Artikel 294, 7 des Königlichen Erlasses vom 2. Juli 1996). Diese Bestimmungen werden ausgedehnt auf die in Punkt 9, a und b des oben genannten Artikels erwähnten Leistungsberechtigten.

Zur Erinnerung: Die gesetzliche Kranken- und Invalidenversicherung übernimmt keine Kosten

- 1 für rein ästhetische Eingriffe (Schönheitschirurgie);
- 2 für Sportunfälle, wenn es sich um Profisport handelt;
- 3 für Mitglieder, deren Versicherungslage nicht in Ordnung ist;
- 4 für Aufenthalte in einem Militärkrankenhaus

**Artikel 2 - ALLGEMEINE VERSICHERUNGSGRENZEN UND FÄLLE,
IN DENEN KEINE KOSTEN ÜBERNOMMEN WERDEN**

Die Erstattungsleistungen, die vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT gewährt werden, dürfen niemals eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Patienten abdecken, welche von Rechts wegen nicht Gegenstand eines Versicherungsvertrags, einer Krankenkassenleistung oder gleich welcher anderer Erstattung in gleich welcher Form sein darf.

Es darf keine zusätzliche Kostenerstattung gewährt werden für Leistungen, die als anderweitige Heilverfahren notwendig geworden sind, weil der stationär behandelte Patient aus einem nichtmedizinischen Grund eine angemessene Behandlung abgelehnt hat, die mit den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft und der guten medizinischen Praxis in Einklang steht. Es wird keine Kostenerstattung für ärztliche, pharmazeutische und stationäre Leistungen im Rahmen einer Schönheitsbehandlung oder plastischer Chirurgie gewährt. Wenn diese Leistungen jedoch vorher vom Vertrauensarzt der Krankenkasse genehmigt werden, übernimmt SOLIMUT die Kosten nach den gleichen Erstattungsbedingungen, wie sie für die jeweiligen Versicherungen vorgesehen sind. Wenn die in den gesetzlichen Bestimmungen und den entsprechenden Regelungen vorgesehenen Kriterien (medizinische Indikation, Verfahren, Listen) nicht erfüllt sind, darf keine zusätzliche Kostenerstattung gewährt werden.

In diesem Fall darf der Versicherte beim Geschäftsführungsausschuss von SOLIMUT einen Antrag auf Kostenerstattung einreichen, indem er den hierfür vorgesehenen Vordruck ausfüllt. Der Geschäftsführungsausschuss entscheidet dann auf der Grundlage einer Stellungnahme des Vertrauensarztes über Gewährung oder Ablehnung der Kostenerstattung. Es wird ein schriftlicher Bescheid zugestellt. Zahnprothesen oder -implantate, die im Rahmen einer stationären Behandlung eingesetzt werden, sind ausgeschlossen.

Artikel 3 - BEITRITTSVORAUSSETZUNGEN

Zum Beitritt muss der Beitrittswillige folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1 bei einer Christlichen Krankenkasse, die SOLIMUT angeschlossen ist, im Sinne der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung als Versicherter oder Mitversicherter eingetragen sein;
- 2 regelmäßig die Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen, die gemäß den Satzungen der Christlichen Krankenkasse gelten, bei welcher das beitretende Mitglied versichert ist.

Artikel 4 - INKRAFTTRETEN DER MITGLIEDSCHAFT

Die Mitgliedschaft tritt endgültig in Kraft ab dem Ersten des Monats in dem der Beitrag gezahlt wird.

Artikel 5 - LAUFZEIT DER MITGLIEDSCHAFT

Die Laufzeit der Mitgliedschaft ist unbestimmt.

Artikel 6 - WARTEZEIT

Mitglieder, die bei ihrer Krankenkasse regelmäßig die Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen, erhalten unmittelbar Anspruch auf die Leistungen dieser Versicherung.

Alle anderen müssen eine Wartezeit von 6 Monaten zurücklegen.

Artikel 7 - ERÖFFNUNG DES LEISTUNGSANSPRUCHS

Es werden nur solche Kosten berücksichtigt, die nicht erstattet werden im Rahmen

- a) - der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung nach dem koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 und den Königlichen Erlassen zur Durchführung dieses Gesetzes sowie dem Königlichen Erlass vom 30. Juni 1964;
- der Gesetze über die Arbeitsunfälle (Gesetz vom 10. April 1971 und der Königliche Erlass zur Durchführung dieses Gesetzes) und die Berufskrankheiten (Gesetz vom 3. Juni 1970 und der Königliche Erlass zur Durchführung dieses Gesetzes);
- der EWG-Verordnungen 1408/71 und 574/72 oder einer multilateralen bzw. bilateralen Vereinbarung über die soziale Sicherheit mit Belgien;
- des Gesetzes vom 5. Juni 2002 über die maximale Gesundheitsrechnung;

- des Königlichen Erlasses vom 26. Februar 2001 über die Einrichtung eines besonderen Solidaritätsfonds
Welche Zusatzkosten erstattet werden, hängt also von den oben genannten Kostenerstattungen ab

Artikel 8 - LEISTUNGEN, DIE AUSGESCHLOSSEN SIND

- 1 Bei Inkrafttreten der Mitgliedschaft bereits laufende stationäre Behandlungen.
- 2 Während der Wartezeit beginnende stationäre Behandlungen
- 3 Minipauschalen, Anlegen eines Gipsverbands, Pauschalen für Dialysen.
- 4 Ausgeschlossen sind ebenfalls: die Transportkosten, die Aufenthalte in Altenheimen, Alten- und Pflegeheimen, Genesungsheimen, die Kosten für Rehabilitationszentren.

Artikel 9 - GLEICHZEITIGER BEZUG VON ERSTATTUNGSLEISTUNGEN

In einigen gesetzlichen Systemen wird der Leistungsanspruch erst eröffnet, wenn ganz bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In diesen Fällen werden die Leistungen der Krankenhausversicherung nur als Vorschüsse gewährt, die nachher zurückgefordert werden dürfen. Wenn der Versicherte oder seine Familie den Anspruch auf Leistungen in dem besagten gesetzlichen Rahmen erhält, wird der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT alle Beträge, die in diesem gesetzlichen Rahmen gewährt werden können, zurückfordern. Dieser Regress erfolgt durch Lastschriftanzeige an den Versicherten oder auf der Grundlage einer vom Versicherten unterzeichneten Vereinbarung über die Einsetzung in die Rechte eines anderen.

Artikel 10 - BERECHNUNG DER ERSTATTUNG

§ 1 Aufenthalt im Gemeinschafts- oder Doppelzimmer

Die solidarische Krankenhausversicherung übernimmt einen Teil der vom Versicherten tatsächlich selbst zu tragenden Kosten, und zwar wie folgt:

- a Erstattung der Aufenthaltskosten, die der Patient selbst zu tragen hat, mit Ausnahme der Telefonkosten;
- b Erstattung der Honorarzuschläge der nicht vertraglich gebundenen Ärzte bis maximal 100% des amtlichen Honorars der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung;
- c Erstattung der Begleitkosten eines Elternteils, der bei der stationär behandelten Person bleibt. Diese Erstattung ist auf 6,20 Euro pro Tag begrenzt und auf 15 Euro, wenn der stationär behandelte Patient noch keine 18 Jahre alt ist;
- d Erstattung der Aufenthaltskosten der Begleitperson eines Patienten, der bei der Christlichen Krankenkasse versichert ist und in einer „Aufnahme für Begleitpersonen“ oder in einem „Krankenhaustel“ wohnt. Diese Erstattung ist auf 6,20 Euro pro Tag und auf 60 Tage je Kalenderjahr sowie auf höchstens zwei Begleitpersonen für jeden stationär behandelten Patienten begrenzt;
- e für die Erstattung der unter a), b) und c) genannten Kosten gilt eine Franchise von 275 Euro je Aufnahme, wenn der stationär behandelte Patient über 18 Jahre alt ist.

§ 2 Aufenthalt in der Tagesklinik im Mehrbett- oder Zweibettzimmer (siehe Begriffsbestimmungen)

Die solidarische Krankenhausversicherung übernimmt einen Teil der vom Versicherten tatsächlich selbst zu tragenden Kosten bei einem Aufenthalt in der Tagesklinik, für eine Maxipauschale oder für einen chirurgischen Eingriff von einem Tag oder im Rahmen eines anerkannten medizinischen Reproduktionsprogramms B (FIV), und zwar wie folgt:

- a Für die künstliche Befruchtung (FIV) wird ein Teil der Kosten gezahlt, wenn die Behandlung in einer anerkannten medizinischen Einrichtung durchgeführt wird, und nur dann, wenn die Behandlung den Bestimmungen des Artikels 76bis des Königlichen Erlasses vom 4. Juni 2003 entspricht.
Die Kostenübernahme bezieht sich auf eventuelle Kosten, die der Patient selbst tragen muss und ist begrenzt auf 250 Euro je Zyklus.
- b Für eine Entbindung in einem so genannten Geburtshaus, das vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT anerkannt ist, wird eine Pauschale von 150 Euro gewährt. Diese Pauschale wird ebenfalls für eine Hausgeburt gezahlt.
- c Für die anderen Arten der Behandlung in der Tagesklinik, die hier aufgeführt werden:
 - Erstattung der Kosten, die der Patient selbst tragen muss, mit Ausnahme der Telefonkosten.
 - Erstattung der Honorarzuschläge der nicht vertraglich gebundenen Ärzte im Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer bis maximal 100% des amtlichen Honorars der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung;
 - Erstattung der Begleitkosten eines Elternteils, der bei der stationär behandelten Person bleibt. Diese Erstattung ist auf 6,20 Euro pro Tag begrenzt und auf 15 Euro, wenn der stationär behandelte Patient noch keine 18 Jahre alt ist.
- d Für die Erstattung der unter c) genannten Kosten gilt eine Franchise von 150 Euro je Aufnahme, wenn der stationär behandelte Leistungsberechtigte über 18 Jahre alt ist.
- e Für eine ärztliche Behandlung, bei der mehrere Aufenthalte in der Tagesklinik erforderlich sind, gilt eine Franchise von 275 Euro für den gesamten Zeitraum, der für die Behandlung erforderlich ist.
Die genannten Versicherungsleistungen werden auf die Minipauschalen ausgeweitet.
Für eine Behandlung eines Leistungsberechtigten unter 18 wird keine Franchise angewandt.

§ 3 Aufenthalt im Einzelzimmer

Die solidarische Krankenhausversicherung übernimmt die Kosten nach dem gleichen Verfahren wie unter § 1 und § 2 dieses Artikels beschrieben. Allerdings sind die Zimmer- und Honorarzuschläge von der Erstattung ausgeschlossen.

§ 4 Wenn mehrere Krankenhausaufenthalte

im gleichen Kalenderjahr nötig sind, ist der Betrag aller Franchisen zusammengerechnet auf 550 Euro je Mitglied begrenzt.

§ 5 Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung

Außer in den Fällen, in denen von Rechts wegen eine Kostenübernahme ausgeschlossen ist, erstattet die solidarische Krankenhausversicherung die Kosten für den Aufenthalt eines Versicherten oder Mitversicherten in einer psychiatrischen Einrichtung, für welche die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auch einen Teil der Kosten trägt. Die Kostenübernahme ist die gleiche wie für die in § 1 dieses Artikels beschriebenen Aufenthalte, gilt jedoch nur für die Aufenthalte in den Abteilungen A (Code 37, 38, 39 und 66) und K (Kode 34, 35, 36). Ferner ist der Gesamtbetrag der Kostenerstattung auf 370 Euro je Kalenderjahr und je Versicherten begrenzt.

Artikel 11 - ERSTATTUNGSVERFAHREN

- 1 Die Erstattungen werden dem Versicherten oder jeder anderen vom Versicherten bezeichneten Person gewährt, sobald die Originalunterlagen (Rechnungen) und der ordnungsgemäß ausgefüllte und unterzeichnete „Antrag auf Teilerstattung der Krankenhausrechnung“ vorgelegt werden, aus denen die Kosten ersichtlich sind. Bei einem Sterbefall erhalten die Erben die Zahlungen
- 2 Der Antrag auf Erstattung der Kosten muss unbedingt vor Ablauf einer zweijährigen Frist erfolgen, die am Ende des Monats beginnt, in dem das Mitglied die Krankenhausrechnung erhält. Als Empfangsdatum der Rechnung gilt der dritte Arbeitstag, der auf das Datum folgt, welches als Versanddatum auf der von der jeweiligen Einrichtung ausgestellten Rechnung vermerkt ist
- 3 Bei gleichzeitigem Leistungsanspruch im Rahmen des allgemeinen Rechts, einer anderen Gesetzgebung, eines Versicherungsvertrags oder eines gesetzlichen oder außergesetzlichen Sozialfonds, kann SOLIMUT zusätzliche Kosten unter folgenden Voraussetzungen übernehmen:
 - Der Versicherte muss die Möglichkeit einer anderen Kostenabrechnung mitteilen, bevor er den Leistungsantrag stellt;
 - wenn die im Rahmen des gleichzeitigen Leistungsanspruchs gewährten Erstattungsbeträge geringer sind, als die von der obligatorischen oder wahlfreien Krankenhausversicherung vorgesehenen Beträge, erhält der Leistungsberechtigte vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT den Unterschied
- 4 Bei der Berechnung der Erstattung werden nacheinander folgende Kosten abgezogen:
 - 1° sämtliche Erstattungsleistungen, die sich aus der Anwendung einer allgemeinen oder besonderen rechtlichen Bestimmung ergeben (insbesondere der Bestimmungen des Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung sowie die Bestimmungen des Gesetzes über die Versicherung gegen Arbeitsunfälle), und die sich auf die fraglichen Gesundheitsleistungen beziehen;
 - 2° sämtliche Erstattungsleistungen aus einer anderen Versicherung, die den gleichen Versicherungsschutz bietet;
 - 3° die nach diesen Bestimmungen geltende Franchise;
 - 4° jede andere Erstattungsleistung zur Deckung der in Artikel 1 beschriebenen Kosten
 - 5° Die Erstattungsleistungen, die im Rahmen dieser Absicherung vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT gewährt werden, dürfen, alle übrigen Erstattungsleistungen mit einbezogen, niemals die Gesamtkosten überschreiten, die das Mitglied tatsächlich selbst zu tragen hat

Artikel 12 - EINSETZUNG IN DIE RECHTE EINES ANDEREN

(Artikel 40 des Gesetzes vom 6. August 1990 – Staatsblatt vom 28. September 1990)

Wenn eine Drittperson ganz oder teilweise für einen Schadensfall haftet, tritt der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit bezüglich der Regressansprüche in die Rechte des Versicherten oder der Leistungsberechtigten ein, und zwar bis zur Höhe der jeweiligen Ausgaben. Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit übt dieses Recht jedoch nicht gegenüber den Mitgliedern der Familie des Versicherten aus, wenn diese den Unfall nicht absichtlich verschuldet haben, außer wenn diese eine andere Haftpflichtversicherung haben, welche die Schadenshaftung tatsächlich übernehmen kann

Artikel 13 - ÄNDERUNG DER BEITRAGSSÄTZE

Die Beitragssätze zu dieser Absicherung dürfen, abgesehen von der Anpassung an den Gesundheitsindex, nur in folgenden Fällen abgeändert werden:

1. Wenn ein tatsächlicher und erheblicher Anstieg der Kosten für die gewährten Leistungen oder die Entwicklung der abzusichernden Risiken dies erfordert;
2. wenn erhebliche und außergewöhnliche Umstände dies erforderlich machen

Jede Abänderung der Beitragssätze ist von der Generalversammlung des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit zu beschließen und in der Krankenkassenpresse zu veröffentlichen

Artikel 14 - ÄNDERUNG DER BEDINGUNGEN DES LEISTUNGSANSPRUCHS

Die Bedingungen des Leistungsanspruchs für die Mitglieder dieser Versicherung dürfen nur aufgrund objektiver und nachhaltiger Faktoren und im Verhältnis zu diesen Faktoren abgeändert werden

Jede Änderung ist von der Generalversammlung des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit zu beschließen und in der Krankenkassenpresse zu veröffentlichen

Artikel 15 - ÄNDERUNG DER BESTIMMUNGEN

Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT behält sich das Recht vor, diese allgemeinen Bestimmungen abzuändern

Artikel 16 - GERICHTSSTAND

Streitfälle in Zusammenhang mit der Einhaltung dieser allgemeinen Bestimmungen zum Versicherungsschutz sind vor den Gerichten zu regeln, die für den Wohnsitz des Versicherten zuständig sind

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

11:

Altenheim

APH:

Arten- und Pflegeheim

AUFNAHME FÜR BEGLEITPERSONEN:

Verschiedene Krankenhäuser verfügen über Einrichtungen zur Beherbergung von Personen, die den Patienten begleiten

BEGLEITUNGSKOSTEN (ROOMING-IN):

Verbleib eines nahen Verwandten im Zimmer des Patienten. Verschiedene Kosten werden der Begleitperson in Rechnung gestellt (Bett, Mahlzeiten).

BEHANDLUNG IN EINER TAGESKLINIK

sind medizinisch notwendige Aufenthalte in einem Krankenhaus für Eingriffe, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung näher bestimmt sind

- Chirurgischer Eingriff in der Tagesklinik entsprechend Artikel 2;
- Maxipauschale entsprechend Artikel 4, §4;
- Pauschale für Tagesklinik entsprechend Artikel 4, §5;
- Pauschale für chronische Schmerzbehandlung entsprechend Artikel 4, §8

des nationalen Tarifabkommens zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungsträgern gültig ab 01.07.2007

FRANCHISE:

der Teil der Kosten, der von unserer Kostenerstattungsrechnung abgezogen wird, und den der Versicherte selbst tragen muss. Die Franchise gilt für jede Krankenhausaufnahme (außer, wenn der neue Krankenhausaufenthalt innerhalb von drei Tagen nach dem vorherigen beginnt)

GSPV:

Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (Pflichtkrankenversicherung)

IN-VITRO-FERTILISATION (IVF):

extrakorporale Befruchtung unter ärztlicher Aufsicht, bei der eine Eizelle entnommen wird und im Reagenzglas befruchtet wird, anschließend einige Tage im Brutkasten bleibt, bevor sie als Embryo wieder in die Gebärmutter eingepflanzt wird

KRANKENHAUS:

medizinische Einrichtung, in der jederzeit fachärztliche Untersuchungen und/oder Behandlungen der inneren Medizin, der Chirurgie und eventuell der Geburtshilfe in einem fachübergreifenden Umfeld unter geeigneten und angemessenen medizinischen, medizinisch-technischen, paramedizinischen und logistischen Voraussetzungen zu Gunsten der dort aufgenommenen Personen durchgeführt werden oder erbracht werden können, die dort stationäre Aufnahme finden, weil ihr Gesundheitszustand diese Leistungen erfordert, um ihre Krankheit zu heilen oder zu lindern, ihren Gesundheitszustand in kürzester Zeit wiederherzustellen oder zu verbessern oder ihre Verletzungen zu konsolidieren

Nicht als Krankenhäuser gelten die Kurhäuser, die Altenheime, die Alten- und Pflegeheime, die Genesungsheime, die Rehabilitationszentren und die Sanatorien

KRANKENHAUSHOTEL:

Infrastruktur auf dem Gelände des Krankenhauses zur Beherbergung von Personen, deren Leistungen oder Untersuchungen keine stationäre Aufnahme erfordern

KRANKENKASSENWECHSEL:

Laut Gesetz hat jeder das Recht, seine Krankenkasse zu wechseln. Der Krankenkassenwechsel ist zu Beginn jedes Quartals möglich und gilt für mindestens ein Jahr.

SCHÖNHEITSCHIRURGIE:

plastische Chirurgie, deren einziger Zweck darin besteht, den ästhetischen Aspekt des Körpers zu verändern. Diese Behandlungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Artikel 1, § 7 der Nomenklatur nicht erstattet.

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

sind medizinisch notwendige Aufenthalte in einem Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung

WARTEZEIT:

Zeit, in der die Krankenhausversicherung laut Satzungen keine Leistungen im Falle einer stationären Behandlung gewährt

ZV:

ZUSATZVERSICHERUNG. Es handelt sich um den in den Satzungen festgelegten Beitrag, der Anspruch auf die verschiedenen Vorteile und Leistungen gewährt, welche die Krankenkasse über die gesetzlichen Leistungen hinaus bietet. Beim Beitritt verpflichtet jedes Mitglied sich, diesen Beitrag zu entrichten