Tarif PS1G

Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2008 (MB/KK 2008) mit Tarifbedingungen 2008 (TB/KK 2008).

HanseMerkur Versicherungsgruppe

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind, mit Ausnahme von Personen, welche als Berufssportler (Sportprofis) tätig sind oder welche bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal).

II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattung der Wahlleistungen (§ 22 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung (auch bei E n t b i n d u n g e n und F e h l g e b u r t e n) - mit unbegrenzter Leistungsdauer - in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung

1. Erstattungsfähige Kosten:

a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 22 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2008). Aufwendungen für Zahnersatz sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse (Allgemeine Krankenhausleistungen) dem Drei- und Mehrbettzimmer. Nach Tarif PS1G werden nur die Aufwendungen für die 1. (Einbettzimmer) oder die 2. Pflegeklasse (Zweibettzimmer) erstattet. Aufwendungen für die allgemeine Pflegeklasse (3. Klasse) sind mit Ausnahme der in b) geregelten Fälle nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen wird kein Kostenzuschuss gewährt, d. h. die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2008 findet keine Anwendung.

b) Erstattet werden die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) MB/KK 2008. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

c) Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes für höchstens 14 Tage pro Krankenhausaufenthalt. Diese Leistung wird bis zum Ende des Kalenderjahres gewährt, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

d) Erstattet werden die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland. Die Aufwendungen für den Rücktransport werden nicht erstattet, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wird die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, wird nur dann erstattet, wenn ein Unfall vorliegt. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten. Die planmäßige Dauer ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen nachzuweisen.

2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

– bei Verzicht auf die Erstattung für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer	32 EUR
– bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung	21 EUR
– bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche vor- und nachstationäre Behandlung	11 EUR.

III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung und der Tarifbedingungen.

HanseMerkur Krankenversicherung aG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: (0 40) 41 19-11 00, Fax: -32 57 www.hansemerkur.de