

Wesentliche Merkmale des Tarifs MSW

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Einbettzimmer (Tarifstufe MSW 1) oder im Zweibettzimmer (Tarifstufe MSW 2)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport
- 100% Kostenerstattung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson bei Kindern

Tarif MSW

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für gesetzlich versicherte Ärzte und Zahnärzte

Fassung Januar 2009

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Ärzte und Zahnärzte einschließlich der mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Familienangehörige sind der Ehegatte und die Kinder.

2. Die Versicherungsfähigkeit bleibt auch im Falle der Scheidung für den geschiedenen Ehegatten bestehen, wenn der Arzt oder die Ärztin diesem gegenüber unterhaltspflichtig ist.

3. Bzgl. Ehegatten gelten die Ziffern 1. und 2. sinngemäß auch für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Wahlleistungen (einschließlich Telefonbereitstellungs-, Radio- und Fernsehanschlussgebühren)

1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als

Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

B) Erstattet werden

100% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

Tarifstufe MSW 1

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer

Tarifstufe MSW 2

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die privatärztliche Behandlung, den Krankentransport sowie die sonstigen erstattungsfähigen Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Verbleibende Restkosten bei den allgemeinen Krankenhausleistungen

Hat die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet:

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspfleger.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspfleger.

Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

C) Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus (vgl. II.A)1.) erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld, und zwar bei

1. Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag in Höhe von

versicherte Unterkunft	in Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
Einbettzimmer (Tarifstufe MSW 1)	Einbettzimmer	-
	Zweibettzimmer	20,80 €
	Mehrbettzimmer	36,40 €
Zweibettzimmer (Tarifstufe MSW 2)	Einbettzimmer	-
	Zweibettzimmer	-
	Mehrbettzimmer	15,60 €

2. Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung in Höhe von 13 €

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

D) Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen als Privatpatient

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant un-mittelbar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

E) Erstattung der Kosten für eine Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein El-ternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Be-scheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Le-benspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partner-schaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklä-rungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander ver-wandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspart-nerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begrün-den, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerli-chen Gesetzbuchs gelten entsprechend.