

ZB KKSt.Hospital

Vorbemerkung

Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.

I. Versicherungsgrundlagen

1.1 Rechtliches

Diese Zusatzbedingungen sind Teil des Versicherungsvertrages. Es wird ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) hingewiesen.

1.2 Zweck

Der Versicherungszweig KKSt.Hospital erbringt Beiträge an die wirtschaftlichen Folgen für stationäre Akutspitalbehandlungen in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Von den gesamten Kosten eines Akutspitalaufenthaltes werden höchstens diejenigen Leistungen vergütet, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind. Im weiteren erbringt die KKSt.Hospital Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Krankenpflege (Spitex) und Transportkosten.

1.3 Leistungshierarchie

Die Leistungen werden immer im Nachgang zu bestehenden Spital-Taggeldversicherungen und Spitalbehandlungskosten-Versicherungen ausgerichtet.

1.4 Versicherungsabschluss

Die KKSt.Hospital kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Leistungsvoraussetzungen

1.5.1 Allgemein

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig (ausgewiesene Spitalbedürftigkeit) ist und in einem Akutspital durchgeführt wird. Die Behandlung muss zweckmässig, wirtschaftlich und anerkannt sein. Der Leistungserbringer muss für die Leistungserbringung zugelassen sein. Bei jedem regulären stationären Aufenthalt ist dem Versicherer vor Antritt des Aufenthaltes ein Gesuch um Kostengutsprache einzureichen. Bei notfallmässigen Akutspitalaufenthalten ist ein Gesuch innert 5 Tagen einzureichen.

1.5.2 Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, die diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen, Gebrechen und Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung bedürfen. Spitalbehandlungen müssen in Akutspitalern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

1.5.3 Andere Spitäler

Bei Behandlungen in anderen Spitalern besteht ein Leistungsanspruch nach den Artikeln 2.2 bis 2.5.

1.5.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlungen

Bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlungen werden die Leistungen im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den, durch den Kanton zu tragenden Mehrkosten für die ausserkantonale Behandlung, übernommen (Artikel 41, Abs. 3, KVG).

1.6 Unfalldeckung

In der KKSt.Hospital kann die Unfalldeckung nicht ausgeschlossen werden.

1.7 Versicherungsvarianten

1.7.1 Versicherungsabteilungen

In der KKSt.Hospital werden fünf Abteilungen geführt.

- KKSt.Hospital A Allgemeine Abteilung des Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer)
- KKSt.Hospital HP Halbprivate Abteilung des Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer)
- KKSt.Hospital P Private Abteilung des Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer)
- KKSt.Hospital F Allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach

- Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung
- KKSt.Hospital K1 /K2 Medizinische Akutspitalbehandlung und -betreuung im Hotel-Vertragsspital analog KKSt.Hospital A (Allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Ein- oder Zweibettzimmer (K1 und K2) gedeckt. Die Leistungsstufe KKSt.Hospital K kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.
- 1.7.2 Vertragsspitaler KKSt.Hospital K1 und K2

Als Vertragsspital K1 und K2 gelten Akutspitäler, die mit dem Versicherer Verträge über die Tariffestsetzung getroffen haben. Der Versicherer führt eine Liste dieser Akutspitäler mit Tarif.

1.7.3 Akutspitäler mit anerkanntem Tarif

Als Akutspitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Weiter auch Akutspitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Der Versicherer führt eine Liste mit den anerkannten Akutspitalern.

1.7.4 Akutspitäler ohne Tarif

Kennt ein Akutspital keine Tarife oder verwendet es Tarife, die vom Versicherer nicht genehmigt worden sind, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann bei der allgemeinen und der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung der versicherten KKSt.Hospital-Abteilungen dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion des Versicherten gelegenen Akutspitals mit anerkanntem Tarif.

1.7.5 Einteilung übrige Akutspitäler

Der Versicherer führt eine Liste mit den Akutspitalern, die keine allgemeine- und halbprivate Abteilung führen. Eine Kostenübernahme erfolgt nur im Rahmen einer KKSt.Hospital P.

II. Stationäre Behandlungen

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsumfang

Die KKSt.Hospital deckt im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für Spitalaufenthalte für jene Abteilung, die gemäss gewählter Versicherungsabteilung versichert ist.

Nicht versichert sind die gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu leistenden Kostenbeteiligungen inklusive der täglichen Beiträge an die Kosten des Akutspitalaufenthaltes.

2.1.2 Akutspitalbehandlungen in einer höheren Abteilung

Die Versicherten haben das Recht, sich in einer höheren, als der versicherten Spitalabteilung behandeln zu lassen. Die reduzierten Leistungen betragen:

KKSt.Hospital A Ein täglicher Pauschalbetrag von Fr. 30.--

KKSt.Hospital HP Höchstens die Kosten, die bei einem abteilungskonformen Aufenthalt entstanden wären. Sofern diese Kosten nicht ermittelbar sind, wird aus der KKSt.Hospital HP ein täglicher Pauschalbetrag von Fr. 120.-- ausgerichtet

KKSt.Hospital K1 Bei einem nicht abteilungskonformen Akutspitalaufenthalt (Einbett- statt Zweibettzimmer) werden die Leistungen ausgerichtet, die bei einem konformen Aufenthalt entstanden wären. Wenn eine vertraglichen Vereinbarungen bestehen, oder wenn der Aufenthalt in der halbprivaten- oder privaten Abteilung erfolgt, werden höchstens die Kosten für einen Akutspitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung, bzw. Referenztarif eines KKSt.Hospital K Vertragsspitals im Wohnkanton übernommen.

Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung werden an die Gesamtkosten angerechnet.

2.1.3 Nicht anerkannte Akutspitäler

Bei Akutspitalaufenthalten in Heilanstalten, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, werden die nachfolgenden Leistungen vergütet:

KKSt.Hospital A/K	Ein täglicher Pauschalbetrag von Fr. 30.--
KKSt.Hospital HP/F und F	Im Maximum die Mehrkosten, die bei einem Akutspitalaufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.

2.1.4 Nichtvertragsspital KKSt.Hospital K1/2

Lässt sich ein Versicherter der KKSt.Hospital K1 oder K2 in einem Akutspital behandeln, mit dem der Versicherer keinen Vertrag abgeschlossen hat, jedoch auf der kant. Spitalliste geführt wird, so werden höchstens die Kosten für einen Akutspitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung, bzw. Referenztarif eines KKSt.Hospital K Vertragsspitals im Wohnkanton übernommen.

2.2 Langzeitbehandlungen

2.2.1 Abgrenzung Akutbehandlung zu Chronikerbehandlung

Leidet der Versicherte an einer gleichförmigen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes und bedarf er der Pflege, nicht aber der kontinuierlichen ärztlichen Verfügbarkeit, so gilt dies als chronische Krankheit.

Der Versicherer hat das Recht, Akutspitalaufenthalte zeitlich zu begrenzen und diese nach Ablauf der festgelegten Frist wie die chronischen Krankheiten zu behandeln und zu vergüten. Tritt ein solcher Fall ein, richtet sich die Leistungsbeurteilung nach den Bestimmungen für chronische Krankheiten, auch wenn der Versicherte aus medizinischer Sicht nach wie vor als akutspitalbedürftig eingestuft wird.

Das gleiche Vorgehen wird durchgeführt, wenn der Versicherte noch nicht sämtliche Akutspitaltage bezogen hat, aus medizinischen Gründen jedoch nicht mehr der Akutbehandlung bedarf. Der Versicherer hat nach Ablauf eines Monats seit Eintritt der Veränderung das Recht auf Anwendung der Chronikerleistungen. Sämtliche Spitaltage, die ab dem Datum des Wechsels von Akut- zum Chronikerleistungen

erhoben werden, werden an die Bezugsdauer für Chronikerleistungen angerechnet.

2.2.2 Leistungen

Die KKSt.Hospital richtet bei ausgewiesener stationärer Behandlungsbedürftigkeit für chronische Gesundheitsstörungen folgende Leistungen aus:

KKSt.Hospital A/K	1.-90.	91.-180. Tag
KKSt.Hospital HP/F	keine Leistungen	
KKSt.Hospital P	Fr. 50.--	Fr. 25.--
	Fr. 70.--	Fr. 35.--

Die Leistungen werden nur dann ausgerichtet, wenn die stationäre Einrichtung über eine kantonale Bewilligung verfügt und für die Behandlung der Gesundheitsstörung geeignet ist. Der Versicherer führt eine entsprechende Liste mit den anerkannten stationären Einrichtungen.

Die Chronikerleistungen werden innert drei Jahren höchstens einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen, als der versicherten Abteilung oder ist eine Bemessung der Kosten auf der versicherten Abteilung nicht möglich, so bemessen sich die Leistungen nach der KKSt.Hospital Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3 Rehabilitation

Erfolgt die Heilbehandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsklinik oder -abteilung, leistet die KKSt.Hospital für die ersten 60 Tage volle Kostengutsprache gemäss den Bestimmungen für die Akutspitalbehandlung. Diese erste Phase wird als Akutphase definiert. Für Rehabilitationen, die länger als die Akutphase dauern, werden ab 61. Tag die Leistungen analog denjenigen für Chronischkranke ausgerichtet. Die Tage der Akutphase werden dabei an die Bezugsberechtigung für Chronischkranke angerechnet. Leistungsvoraussetzung ist, dass das Sanatorium oder die Rehabilitationseinrichtung vom Versicherer anerkannt ist. Hierzu wird eine Liste geführt.

2.4 Akutpsychiatrie

Der Leistungsanspruch für die Behandlung von akuten psychiatrischen Gesundheitsstörungen beträgt maximal 90 Tage. Für diese Behandlungsdauer werden die Kosten analog den Bestimmungen der Akutspitalbehandlung übernommen.

2.5 Langzeitpsychiatrie

Nach Ablauf der Akutpsychiatriedauer werden bei ausgewiesener Behandlungsbedürftigkeit die Leis-

tungen gemäss den Bestimmungen für Chronisch-
kranke ausgerichtet:

	91.-180. Tag
KKSt.Hospital A/K	Fr. 20.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 50.--
KKSt.Hospital P	Fr. 70.--

Die Chronikerleistungen werden innert drei Jahren höchstens einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen, als der versicherten Abteilung oder ist eine Bemessung der Kosten auf der versicherten Abteilung nicht möglich, so bemessen sich die Leistungen nach der KKSt.Hospital Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.6 Leistungen im Ausland

2.6.1 Notfallbehandlungen

Die KKSt.Hospital übernimmt bei notfallmässigen stationären Behandlungen in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes die Kosten im Rahmen der versicherten Abteilung. Die Leistungen werden im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Ferien- und Reiseversicherungen (welche nicht gemäss Artel 8.1 der vorliegenden ZB automatisch versichert sind) erbracht. Die Leistungspflicht besteht im Maximum solange, als ein Rücktransport des Versicherten in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens ein Jahr. Die Leistungen einer allfälligen Ferien- oder Reiseversicherung werden angerechnet.

2.6.2 Wahlbehandlung im Ausland

Für Wahlbehandlungen im Ausland besteht aus der KKSt.Hospital kein Leistungsanspruch.

III. Kuren

3.1 Rehabilitationskuren

An ärztlich verordnete Rehabilitationskuren im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt richtet die KKSt.Hospital während maximal 21 Tagen folgende tägliche Pauschale aus:

KKSt.Hospital A/K	Fr. 40.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 70.--
KKSt.Hospital P	Fr. 90.--

Sofern die Rehabilitationseinrichtungen vom Versicherer anerkannt sind, besteht unter diesen eine Wahlfreiheit. Die anerkannten Kuranstalten werden in einer Liste geführt.

3.2 Badekuren

Sofern die Anspruchsvoraussetzung für eine ärztlich verordnete Badekur im Rahmen der Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vorliegt, leistet die KKSt.Hospital zusätzlich während maximal 21 Tagen folgende täglichen Pauschalen:

KKSt.Hospital A/K	Fr. 10.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 20.--
KKSt.Hospital P	Fr. 30.--

3.3 Andere Kuren

Auf Antrag hin kann der Versicherer an anderweitige Kuren bis zum Beitrag der Leistungen für Badekuren freiwillige Beiträge entrichten. Dem Gesuch muss eine ärztliche Verordnung und der Nachweis, dass die stationäre Einrichtung zur Behandlung oder Betreuung geeignet ist, beigelegt werden. Aus der KKSt.Hospital K werden an andere Kuren keine Leistungen ausgerichtet.

3.4 Administrative Bestimmungen

Das Gesuch um Kurleistungen ist dem Versicherer zusammen mit der ärztlichen Verordnung zwei Wochen vor Kurantritt zuzustellen (Vorbehalten sind Kuraufenthalte zur Verkürzung der Akutbehandlung. Diese sind spätestens zwei Tage vor Kurantritt einzureichen).

Teilkosten für abgebrochene Kuraufenthalte können nur übernommen werden, wenn der Abbruch wegen zwingenden Gründen wie Gesundheitsstörungen, familiäre Notsituationen notwendig geworden ist. Eine detaillierte Bestätigung des Kurarztes ist Voraussetzung für die Bewilligung von Teilleistungen.

IV. Besondere Leistungen

4.1 Haushaltshilfen der spitalexternen Krankenpflege (Spitex)

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet die KKSt.Hospital auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an die spitalexterne Haushaltshilfe aus, sofern die häuslichen und familiären Verhältnisse dies erfordern.

An die Kosten von anerkannten Spitex-Organisationen leistet die KKSt.Hospital während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr eine täglich Pauschale:

KKSt.Hospital A/K	Fr. 20.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 35.--
KKSt.Hospital P	Fr. 45.--

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, besteht eine Bezugsberechtigung für die doppelten Tagespauschalen.

Die Leistungen werden ungesehen bestehender oder fehlender Tarifverträge erbracht. Sofern aufgrund der gültigen Berechnungsgrundlagen tiefere Ansätze als die versicherten Leistungen in Rechnung gestellt werden, werden die Leistungen höchstens im Rahmen der verrechneten Ansätze vergütet (Übersicherung).

Bei Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen werden keine Leistungen erbracht.

4.1.1 Anerkannte Leistungserbringer

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbemässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person führt.

Die Pauschalen werden auch ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweislichen Erwerbsausfall erleiden oder Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushalthilfe können die gleichen Pauschalen bezogen werden, wenn anstelle der Haushalthilfe pflegerische Verrichtungen durch eine kommerzielle Spitex-Organisation erbracht werden und aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungen geschuldet sind.

4.2 Teilstationäre Behandlung

Kann eine normalerweise stationär zu behandelnde Operation unter teilstationären Bedingungen durchgeführt werden und entstehen dadurch ausgewiesene Mehrkosten, so werden diese von der KKSt.Hospital übernommen. Versichert sind höchstens die Kosten, die bei der stationären Behandlung in der versicherten Abteilung angefallen wären. Die Fallkosten müssen insgesamt tiefer liegen (Nachkalkulation durch den Versicherer).

4.3 Transporte, Rettungen und Bergungen

4.3.1 Grundsatz

Die nachgenannten Leistungen werden beim Zusammentreffen einer Anspruchsberechtigung aus der KKSt.Vario, KKSt.Vario plus oder KKSt.Hospital pro Fall nur einmal ausgerichtet.

4.3.2 Leistungen an Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten für:

- Medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Akutspital in einem zweckdienlichen Transportmittel
- Rücktransporte in ein geeignetes Akutspital im Wohnsitzkanton bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit
- Rettungs- und Bergungsaktionen

wird ein Maximalbetrag pro Kalenderjahr ausgerichtet. Transporte mit Luftfahrzeugen werden nur dann übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind. Die Leistung der KKSt.Hospital gehen den Leistungen der KKSt.Vario oder KKSt.Vario plus vor. Beim Zusammentreffen beider Versicherungsdeckungen wird nur ein Betrag ausgerichtet, wobei immer die höhere Summe zur Auszahlung gelangt.

KKSt.Hospital A/K	Fr. 6'000.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 15'000.--
KKSt.Hospital P	Fr. 20'000.--

4.3.3 Selbstbehalte

Pro Fall hat der Versicherte einen Selbstbehalt von Fr. 100.-- zu tragen.

4.3.4 Leistungen Dritter

Die Leistungen nach Artikel 4 der ZB werden nur im Nachgang zu anderen Institutionen geleistet. Solche Institutionen sind die Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei der Rettungsflugwacht, Reise- und Mobilitätsversicherungen der Automobilverbände oder Leistungen aus privaten Versicherungsverträgen.

4.4 Kinderhütendienst

4.4.1 Grundsatz

Die KKSt.Hospital des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr.

Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen dem SRK und dem Versicherer.

4.4.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter gesundheitlicher Störung gemäss Beurteilung des SRK der Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch das vom SRK aus-

gebildete und beauftragte Fachpersonal beschränkt.

4.4.3 Leistungen

An die Kosten für den Betreuungs- oder Pflegedienst werden aus der KKSt.Hospital des versicherten Kindes maximal Fr. 30.-- pro Stunde und pro Kalenderjahr max. Fr. 600.-- ausgerichtet.

V. Mutterschaft

5.1 Stationäre Entbindung

Die KKSt.Hospital deckt die durch die Grundversicherung nicht gedeckten Kosten einer stationären Entbindung gemäss der abgeschlossenen Versicherungsstufe. Schwangerschaftskomplikationen gelten grundsätzlich als Krankheit und unterliegen den Bestimmungen der Akutspitalbehandlung.

Die Kosten für das Neugeborene gemäss der Abteilung der Mutter werden nur übernommen, wenn für das Neugeborene beim Versicherer vorgeburtlich mindestens eine Grundversicherung und eine KKSt.Hospital A abgeschlossen wurde.

5.2 Haushalthilfe im Anschluss an eine stationäre Entbindung

5.2.1 Grundsatz

Die KKSt.Hospital entrichtet Pauschalen an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe bei Mutterschaft durch vom Versicherer anerkanntes Personal. Die Leistungen werden während 14 Tagen erbracht. Die Bezugstage müssen innerhalb einer Bezugsdauer von drei Monate liegen.

Sie werden anstelle der ordentlichen Spitex-Leistungen der KKSt.Hospital ausgerichtet.

Die Pauschalen werden auch ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweislichen Erwerbsausfall erleiden oder Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können.

5.2.2 Leistungen

Im Anschluss an eine stationäre Entbindung werden folgende Pauschalen erbracht:

KKSt.Hospital A/K	Fr. 40.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 70.--
KKSt.Hospital P	Fr. 90.--

Nach einer Hausgeburt oder einer ambulanten Entbindung werden folgende Pauschalen vergütet:

KKSt.Hospital A/K	Fr. 60.--
KKSt.Hospital HP/F	Fr. 105.--
KKSt.Hospital P	Fr. 135.--

5.3 Rooming-In

Muss ein Kleinkind stationär behandelt werden, vergütet der Versicherer aus der KKSt.Hospital-Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50% der Kosten, maximal Fr. 50.-- pro Tag.

Muss die Mutter stationär behandelt werden, vergütet der Versicherer aus der KKSt.Hospital-Versicherung der Mutter an den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes im Zimmer der Mutter 50% der Kosten, maximal Fr. 50.-- pro Tag. Aus der KKSt.Hospital K werden an Rooming-In Kosten keine Leistungen ausgerichtet.

VI. Unfalldeckung / Hilfsmittel

6.1 Allgemeines

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

VII. Kostenbeteiligung KKSt.Hospital F

7.1 Allgemein

Mit der KKSt.Hospital F kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Eintritt ins Akutspital selber festlegen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung definiert sich gleichzeitig die Kostenbeteiligung. Die Kostenbeteiligung wird jährlich und pro Kalenderjahr erhoben.

7.2 Kostenbeteiligungen

Allgemeine Abteilung:	keine
Halbprivate Abteilung	15% bis max. 1'500.--
Private Abteilung	25% bis max. 4'500.--

Die Kostenbeteiligung entfällt in allen Fällen, in denen die Leistungen im Sinne einer Pauschale oder Pauschalvergütung vorgenommen werden. Davon ausgenommen sind die Leistungen bei nicht abteilungskonformen Aufenthalten und Auslandsbehandlungen.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung wird zusätzlich erhoben.

7.3 Maximale Kostenbeteiligungen für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, in der KKSt.Hospital F versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von Fr. 4'500.– pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.

VIII. Auslandbehandlungen

8.1 Koordination mit Ferienversicherung

Sämtliche Versicherten, die beim Versicherer mindestens in der KKSt.Hospital versichert sind und die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, sind automatisch für total 8 Wochen pro Kalenderjahr in der Ferien- und Reiseversicherung des Versicherers versichert. Die Leistungsdetails und -bestimmungen finden sich in den ZB Ferien- und Reiseversicherung.