

1. Abrechnungsverfahren

Wenn der Versicherte zustimmt, kann der behandelnde Arzt seine Rechnung direkt an dessen private Krankenversicherung übermitteln, sofern er sie im Rahmen der unten genannten Gebührensätze erstellt. Das direkte Abrechnungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenversicherungsunternehmen vermeidet die Vorleistungspflicht der Studierenden und Honorarausfälle durch ausbleibende Zahlungen.

1.1 Der Arzt stellt die **Rechnung** auf den Namen des PSKV-versicherten Studenten oder seines mitversicherten Angehörigen aus, sendet sie aber nicht an diesen, sondern **unmittelbar an die Landeskrankenhilfe**. Zu diesem Zweck händigen die Versicherten dem Arzt einen mit der Anschrift des Krankenversicherungsunternehmens versehenen Briefumschlag aus, den sie von ihrem Krankenversicherer erhalten haben. Ein bestimmter Zeitraum für die Abrechnung ist nicht vorgesehen.

1.2 Dieses **Abrechnungsverfahren gilt nur** für Rechnungen im Rahmen der unter 2. genannten Gebührensätze. Anderenfalls ist die Rechnung an den Studenten als Selbstzahler zu richten, der sie seinem Krankenversicherer zur Erstattung der tariflichen Sätze einreicht.

1.3 Der Student weist sich gegenüber dem Arzt durch Vorzeigen des **Behandlungsausweises** und des **Studentenausweises** aus. Er geht von der **Einhaltung der für den PSKV-Tarif festgelegten Gebührensätze** aus, wenn der Arzt ihm vor Behandlungsbeginn nichts anderes mitteilt. Im Behandlungsausweis sind auch die mitversicherten Angehörigen des Studenten aufgeführt. Für jedes Semester erhält der Student eine auf den Behandlungsausweis zu klebende Beitragsmarke. Fehlt für den Behandlungszeitraum die Beitragsmarke, besteht kein Versicherungsschutz.

Der Behandlungsausweis hat das Format DIN A6 und besteht aus Ausweispapier. Er enthält die Personalangaben des bei dem aufgedruckten Unternehmen der PSKV versicherten Studenten und seiner mitversicherten Familienangehörigen.

Versicherungsschutz besteht nur, wenn für das betreffende Semester eine Beitragsmarke auf den Behandlungsausweis geklebt ist.

2. Leistungen für ambulante Behandlung im Rahmen des Abrechnungsverfahrens

Folgende Leistungen kann der Arzt direkt mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen abrechnen:

2.1 Ambulante ärztliche Behandlung

2.1.1 **Ärztliche Leistungen:** bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bzw. bis zum 1,3fachen bei medizinisch-technischen Leistungen und bis zum 1,1fachen bei Laboratoriumsuntersuchungen. (Entziehungsmaßnahmen sind nicht mitversichert.)

2.1.2 **Psychotherapie** durch einen approbierten und niedergelassenen Arzt, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist, bis zu zehn Sitzungen je Person und Versorgungsabschnitt (Semester): bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ.

2.1.3 **Wegegebühren** des Arztes einschließlich der Kosten für die Zeitversäumnis, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt praktiziert: nach GOÄ.

2.1.4 **Gezielte Vorsorgeuntersuchungen** (ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schwangerschaftsuntersuchung): siehe 2.1.1.

2.1.5 **Ambulante und Haus-Entbindung:** siehe 2.1.1.

2.2 Stationäre ärztliche Behandlung

2.2.1 **Behandlung durch Belegärzte:** Bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ bzw. bis zum 1,3fachen bei medizinisch-technischen Leistungen und bis zum 1,1fachen bei Laboratoriumsuntersuchungen. (Stationäre privatärztliche Behandlung ist nicht mitversichert.)

3. Leistungen außerhalb des Abrechnungsverfahrens

Für die folgenden Leistungen muss der Arzt dem Patienten eine Rechnung stellen. Dieser erhält die Beträge im genannten Rahmen erstattet:

3.1 Ambulante Behandlung

3.1.1 **Arzneimittel** (auch Verbandsmaterial): 100 % vom Rechnungsbetrag. Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

3.1.2 **Hilfsmittel** (Brillengläser, Haftschalen, Hörgeräte und Sprechgeräte – elektronischer Kehlkopf –, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, aus medizinischen Fachgeschäften bezogene Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe und Einlagen): 100 % für das einzelne Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 51,13 Euro, vom Mehrbetrag 50 %; für Brillengestelle bis zu 25,56 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Semestern.

3.1.3 **Heilmittel** (physikalische Behandlungen, Anwendung des elektrischen Stromes, Inhalationen, Bäder und medizinische Packungen): bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ.

Beim Bezug von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln sind die nach dem Tarif PSKV versicherten Studenten Selbstzahler.

3.1.4 **Ambulante und Haus-Entbindung:** Siehe 2.1.5 sowie die Kosten für die freiberuflich tätige Hebamme.

3.2 Stationäre Behandlung

3.2.1 **Allgemeine Krankenhausleistungen:** 100 %.

3.2.2 **Krankenhauserkrankung:** bei Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen 100 %.

3.2.3 **Krankentransport** (medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km): in Höhe der entstandenen Aufwendungen.