

## Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen regeln das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Salzburg (Versicherer).

Die Merkur Versicherung AG fungiert als Rückversicherer des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Salzburg.

### Tarif SAEK24- für die Ärztekammer Salzburg

#### Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge (AVB-RV / in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-RV genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für alle Geschlechter.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV werden insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 9 AVB-RV (Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte) folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

#### I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

**A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland**

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geistes- kranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.
- a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.
- b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.
- (2) Abweichend zu § 3(2) AVB-RV entfällt die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen.
- (3) § 5 (2) AVB-RV kommt nicht zur Anwendung.

**B Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses**

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I. A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

#### C Kosten für eine Begleitperson bei stationärem Aufenthalt

- (1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson übernommen.
- (2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I. B werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

#### II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

**A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten sowie Behandlungen an Zähnen, Zahnhalteapparat und Zahnersatz)**

- a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination)
- b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes
- c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

#### B Psychotherapeutische Behandlungen

- a) bei einem psychotherapeutischen Arzt
- b) bei einem Psychotherapeuten

werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

Solche Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten, der eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden.

#### C Operative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten in voller Höhe. Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

#### D Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner nach diesem Tarif

Neben den österreichischen Krankenhäusern sind weitere Vertragspartner zur Direktverrechnung berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese unseren Qualitätsanforderungen entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung besteht. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter [www.merkur.at](http://www.merkur.at) abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus der Vertragspartnerliste geben wir keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an uns zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der

tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, können wir gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und können die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt II. E genannten Leistungen.

#### E Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II. C und D fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

Das ambulante Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter [www.merkur.at](http://www.merkur.at) abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

#### F Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-RV gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. C, D oder E nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen bezahlt.

#### G Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser (ausgenommen besondere Honorare gem. § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) oder in den Ambulatorien der von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen.

#### H Ärztliche Sonderleistungen

- (1) Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

a) Sonderleistungen - diagnostisch:

EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie etc.

b) Sonderleistungen - therapeutisch:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, Bäder, physikalische Therapien, Osteopathie, Logopädie, Akupunktur, Chiropraktik, Neuraltherapie

- (2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### I Arzneimittel, Impfstoffe

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) und Impfstoffe werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### J Heilbehelfe, Hilfsmittel, Sehbehelfe, refraktive Augenoperationen

a) Heilbehelfe, Hilfsmittel

Für Heilbehelfe und Hilfsmittel werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt. Wird der Höchstbetrag pro Kalenderjahr ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen zum Tragen. Danach werden die weiteren im Kalenderjahr anfallenden Kosten wieder zu 80 % ohne Selbstbehalt ersetzt.

Für ein und denselben Versicherungsfall kann die Vergütung maximal bis zum Höchstbetrag erfolgen. Der Selbstbehalt entfällt im 1. Jahr der Praxisgründung eines Arztes.

b) Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) sowie refraktive Augenoperationen

Medizinisch notwendige Sehbehelfe sowie refraktive Augenoperationen werden mit 80% der Kosten innerhalb des geltenden Höchstbetrages pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet

#### III. Ambulante Heilbehandlung im europäischen Ausland

- (1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zweck der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

- (2) Kosten für ambulante Heilbehandlungen im europäischen Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt vor allem zum Zwecke der ambulanten Heilbehandlung angetreten wurde, werden gemäß Pkt. II. - Ambulante Heilbehandlung in Österreich - vergütet.

#### IV. Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein oder von einem Krankenhaus, zu oder von einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. C, D, E oder zu oder von einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. G werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### V. Konservative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus

Versicherungsschutz wird für in einem österreichischen Krankenhaus erbrachte medizinisch notwendige onkologische Heilbehandlungen auf dem Gebiet der Strahlen-, Chemo- oder Immuntherapie auch dann gewährt, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden erfordert. Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

#### VI. Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Kieferregulierung)

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen sowie für Zahnersatz 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### VII. Rehabilitationsbehandlung

Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen werden die in einem europäischen Rehabilitationszentrum entstandenen Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen von maximal 90 Tagen übernommen. Voraussetzung wird, dass die medizinisch notwendige Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und ohne Unterbrechungen angetreten wird. Ferner werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherte diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in geschriebener Form zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherten vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

#### VIII. Burn-out Beratungsgespräch

Es werden die Kosten für zwei pro Kalenderjahr in Anspruch genommene Burn-out Beratungsgespräche bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

Das Burn-out Beratungsgespräch gilt dann als Versicherungsfall, wenn es bei einem von der Ärztekammer Salzburg (Referat Ärztegesundheit) namhaft gemachten Experten (insbesondere Facharzt für Psychiatrie) durchgeführt wird.

#### IX. Kostenersatz bei Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### X. Beendigung der Versicherung, Möglichkeit einer Anschlussversicherung

(1) Erlischt die Anspruchsberechtigung des Versicherten beim Wohlfahrtsfonds der Salzburger Ärztekammer, endet diese Versicherung mit dem Ende des Monats des Ausscheidens aus dem Wohlfahrtsfonds.

(2) Für solche Versicherte besteht jedoch die Möglichkeit einer Anschlussversicherung bei der Merkur Versicherung AG nach einem gleichartigen Spitalskostentarif im Sinne der Allgemeinen Annahmerichtlinien der Merkur Versicherung AG. Die Anschlussversicherung muss innerhalb eines Monats nach Ende dieser Versicherung beim Rückversicherer beantragt werden. Voraussetzung für die Weiterversicherung ist ein Hauptwohnsitz in Österreich.

### Zweiter Abschnitt - Leistungen (Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

#### Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren täglich	bis	EUR	387,00
------------------------	-----	-----	--------

#### Begleitpersonskosten

Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis	EUR	73,00
--	-----	-----	-------

#### Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen, Zahnhalteapparat und Zahnersatz)

Kostenersatz für Arztberatung (Ordination)	bis	EUR	37,00
--	-----	-----	-------

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	53,00
Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	79,00

#### Psychotherapeutische Behandlungen

Kostenersatz			
bei einem psychotherapeutischen Arzt für 30 Minuten	bis	EUR	37,00
für 60 Minuten	bis	EUR	70,00

80 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	1.500,00
----------------------------------	-----	-----	----------

bei einem Psychotherapeuten für 30 Minuten	bis	EUR	20,00
für 60 Minuten	bis	EUR	40,00

80 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	750,00
----------------------------------	-----	-----	--------

#### Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

Höchstbeträge für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

Operationsgruppe I	bis	EUR	110,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	195,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	475,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.125,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.550,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00

#### Ärztliche Sonderleistungen

80% Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch pro Kalenderjahr	bis	EUR	750,00
für Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr	bis	EUR	100,00

Die Höchstbeträge für Ärztliche Sonderleistungen entfallen.

#### Arzneimittel, Impfstoffe

80 % Kostenersatz für Arzneimittel und Impfstoffe pro Kalenderjahr	bis	EUR	367,00
--	-----	-----	--------

Der Höchstbetrag für Arzneimittel und Impfstoffe entfällt.

#### Heilbehelfe, Hilfsmittel, Sehbehelfe, refraktive Augenoperationen

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	412,00
------------------------------------	-----	-----	--------

wobei Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel gemäß Pkt. II.J lit a) jedes Kalenderjahr bis zu 80 % vergütet werden und Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen gemäß Pkt. II.J lit b) nur jedes zweite Kalenderjahr bis zu 80 % vergütet werden

Wird der Höchstbetrag ausgeschöpft, kommt für Heilbehelfe und Hilfsmittel ein Selbstbehalt von EUR 275,00 zum Tragen.

#### Krankentransportkosten

Krankentransportkostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	585,00
---	-----	-----	--------

#### Zahnbehandlung und Zahnersatz

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	445,00
------------------------------------	-----	-----	--------

#### Rehabilitationsbehandlung

Behandlungskosten täglich	bis	EUR	195,00
---------------------------	-----	-----	--------

#### Burn-out Beratungsgespräch

Erstgespräch 100% der Kosten pro Fall	bis	EUR	100,00
---------------------------------------	-----	-----	--------

Folgegespräch 100% der Kosten pro Fall	bis	EUR	100,00
--	-----	-----	--------

#### Kostenersatz bei Organtransplantation

Höchstbetrag pro Kalenderjahr	bis	EUR	30.000,00
-------------------------------	-----	-----	-----------