

# Anlage C

der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

GÜLTIG AB 1. 1. 2026

## Krankenversicherung § 30 a

### TEIL 1:

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung  
(AVB-RV ÄK VBG/Fassung Jänner 2026)**

### TEIL 2:

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung  
Tarif VAEK26  
Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen**

### TEIL 3:

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung  
Tarif VAEK26  
Zweiter Abschnitt - Leistungen**

## TEIL 1:

### Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-RV ÄK VBG/Fassung Jänner 2026)

#### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

##### § 1

###### Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsleistung im Rahmen der geltenden Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB). Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht hinsichtlich dieser neuen Krankheit oder Unfallfolgen ein neuer Versicherungsfall.
- b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.
- c) Als Versicherungsfall gelten auch Leistungen, welche der geltende Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) vorsieht. Dies können beispielsweise sein:
- der Tod,
  - der Unfall,
  - die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt, die Rehabilitation,
  - die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
  - die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen,
  - der Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson.
- d) Als Versicherungsfall gelten nicht:
- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung oder der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sondern Zweck der kosmetischen Behandlung die Ästhetik ist (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur);
  - geschlechtsangleichende Operationen;
  - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
  - präventive Behandlungen und Eingriffe;
  - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Heilpädagogik;
  - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. Invitrofertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.
- (3) Heilbehandlung [Abs. (2)] ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) nach sich zieht. Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
- Ertrinken;
  - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
  - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
  - als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.
  - Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall. Krankheiten gelten nicht als Unfall, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Beendigung der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle weltweit, falls die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

##### § 2

###### Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Rahmen der Meldung durch den Versicherer beim Rückversicherer bekanntgegebenen Monatsersten.

##### § 3

###### Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
- (2) Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen: Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlungen und medizinisch notwendige Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 7 Monaten.

##### § 4

###### Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (den Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB). Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

###### A Leistungen für ambulante Heilbehandlung

- (2) Der Versicherte (Mitversicherte) hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beziehung mehrerer Ärzte/Zahnärzte erstattet.
- (3) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten (Mitversicherten) das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.
- (4) Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten (Mitversicherten) kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten (Mitversicherten) zu einem Arzt.
- (5) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) werden nur die nachgewiesenen Sachkosten, maximal bis zu den Höchstbeträgen für Fremdbehandlung, erstattet.
- (6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physikalischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Bereichtigen durchgeführt wurden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
- (7) Die Kosten für jene Heilbehelfe (Hilfsmittel), die eine individuelle Anpassung an den Versicherten bedingen, werden ersetzt. Dies sind beispielsweise: Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gelenkprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen.

Als solche Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:

Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Munduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Appare und Behelfe.

Hat der Versicherer für Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen einen Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der vom Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) festgesetzten Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Bei Sehbehelfen ist ferner zu beachten: Versicherungsfall ist der medizinisch notwendige Sehbehelf wegen Fehlsichtigkeit, welche in Dioptrien angegeben wird. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei der Versicherer für Brillen in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine Nutzungsdauer festsetzt. Während dieser Nutzungsdauer kann nur dann ein neuerlicher Anspruch auf Versicherungsleistung entstehen, wenn sich die Dioptrien ändern und der tarifliche Höchstsatz in den jeweiligen gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) noch nicht erreicht wurde. Auch in diesem Fall werden jedoch die Leistungen, die innerhalb der Nutzungsdauer bereits erbracht wurden, auf den Höchstsatz angerechnet und nur noch der verbleibende Betrag bis zum Erreichen des Höchstsatzes ersetzt.

- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, Medizinalweine, Tonika, kosmetische Mittel, alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.

## B Leistungen für stationäre Heilbehandlung

- (9) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, sowie Krankengeschichten führen.

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.

- (10) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (9) in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn der Heilbehandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

Dies gilt für Krankenanstalten,

- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen;
- in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

Die Deckung ist zuzusagen, wenn und insoweit bzw. solange ein Anspruch des Versicherungsnehmers nach Abs. (9) besteht.

- (11) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:

- die auf Rehabilitation ausgerichtet sind;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitäler);
- für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- selbständige Ambulatiorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren;
- zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;
- Hospizeinrichtungen;
- Tages- und Nachtkliniken.

- (12) Der Versicherer erbringt Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Anstalten nach Abs. (10) und (11) jedoch dann, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der stationären Heilbehandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (10) nicht zulässt.

Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten für Alkohol- und Drogenabhängige können darüber hinaus vom Versicherer in medizinisch begründeten Fällen gewährt werden. Dafür bedarf es einer ausdrücklichen schriftlichen Zusage, die vor Behandlungsbeginn einzuholen ist.

- (13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen gemäß den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) ersetzt.

## C Gemeinsame Bestimmungen

- (14) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten.

Kein Anspruch auf Kostenersatz besteht für die Kosten von Körpersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation gemäß Tarif voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, Operationen im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25 % des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.

- (15) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der notwendigen Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

## D Besondere Bestimmungen

- (16) Kur- und Erholungskosten

Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden

Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.

- (17) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des Krankenhausaufenthaltes für eine Begleitperson übernommen, wenn sowohl die Begleitperson als auch das Kind nach einem Tarif für die Sonderklasse (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht. Bei direkter Verrechnung mit unseren Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatzfagegegeld für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

## § 5

### Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

- (2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung

- von Krankheiten und Unfällen, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;

- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;

- bei Folgen von Selbstmordversuchen;

- von Krankheiten und Unfällen und deren Folgen, die der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt haben.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die auf Reisen eintreten, die trotz Reisewarnung der österreichischen Bundesregierung angetreten wurden.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklinen in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten und dgl. entstehen.

- (3) Hat der Versicherte die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Mitversicherten vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadenersatzanspruch des Mitversicherten gegen den Versicherten geht auf den Versicherer über.

- (4) Geht die Heilbehandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, welches sich aus der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Behandlung und der Einschätzung der Vertrauensärzte des Rückversicherers ergibt, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.

- (5) Der Versicherer kann Behandlungen durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer Mitteilung vom Versicherer in schriftlicher oder geschriebener Form durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

## § 6

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt durch den Rückversicherer im Namen und auf Rechnung des Versicherers; dies aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen, welche beim Rückversicherer oder beim Versicherer einzureichen sind. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte (Mitversicherte) noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

- (2) Der Rückversicherer und der Versicherer dürfen den Überbringer von Belegen, soweit dieser versicherte Person, Mitversicherter ist oder eine vom Versicherten gesondert zum Empfang von Leistungen bekannt gegebene Person ist, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

- (3) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherten

(Mitversicherten) veranlasst worden sind (z.B. Anfragen beim zentralen Melderegister für beim Versicherer nicht bekannt gegebenen Adressänderungen, Kosten für Übersetzungen von allfälligen Krankenunterlagen und zugehörigen Rechnungen).

- (4) Die im Zusammenhang mit der Heilbehandlung im Ausland nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.
- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherte (Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (6) Der Versicherte kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.
- (7) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherten (Mitversicherten) gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Diese Ablehnung muss zumindest mit einer ihr zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein. Die Frist zur Geltendmachung ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherte (Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen, gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.
- (8) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren.

## § 7

### Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Monats des Ausscheidens des Versicherten aus dem Wohlfahrtsfonds.

## PFLICHTEN DES VERSICHERTEN

### § 8

#### Obliegenheiten

##### A Pflichten des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.  
Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), auf Verlangen des Versicherers geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.

##### B Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (2) Erfüllt der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 8 A Abs. (1) nicht, so wird die Versicherungsleistung erst mit Erfüllung der Auskunftspflicht fällig. Hat die Nicht-Erfüllung der Auskunftspflicht weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

### § 9

#### Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

- (1) Besteht für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer zu bestätigen.
- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren (teilweisen) Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen erbracht oder abgelehnt hat.

Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

## SONSTIGE BESTIMMUNGEN

### § 10

#### Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.
- (2) Hat der Versicherte (Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht

dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherten (Mitversicherten) gegenüber die Absendung der Erklärung an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift.

## TEIL 2:

### **Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung Tarif VAEK26 Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen**

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge der Ärztekammer Vorarlberg in der letztgültigen Fassung – in weiterer Folge AVB-RV ÄK VBG genannt.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für alle Geschlechter. Die Krankheitskostenversicherung nach diesem Tarif besteht nur dann, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch in der Krankenversicherung beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Vorarlberg gegeben ist.

#### **Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV ÄK VBG werden 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 und Entbindung in Krankenhäusern**

**A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen öffentlichen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz**

(1) Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen öffentlichen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke 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 in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz 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 öffentlichen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeeklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Die (Kostendeckungs-)zusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden. Abweichend zu § 3(2) AVB-RV ÄK VBG entfällt die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen sowie für Fehlgeburten.

(3) § 5(2) AVB-RV ÄK VBG kommt nicht zur Anwendung.

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

Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung, die nicht unter Pkt. I. A fällt, 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.

(3) Abweichend zu § 4(17) AVB-RV ÄK VBG werden die Kosten für eine Begleitperson gemäß I. C (1) und (2) auch dann übernommen, wenn für die Begleitperson kein Versicherungsschutz besteht.

#### **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)**

(1) a) Für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination),

b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes,

c) für einen Nachtdienst 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.

(2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt (für Mammographien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 40. Lebensjahr ein Mal in zwei Kalenderjahren; für Vorsorgekoloskopien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ein Mal in 10 Kalenderjahren).

#### **B Operative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus**

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten in voller Höhe.

Die Kostenübernahme in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmevereinbarung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

#### **C Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner des Rückversicherers nach diesem Tarif**

Neben den österreichischen öffentlichen Krankenhäusern sind weitere nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung mit dem Rückversicherer berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese den Qualitätsanforderungen des Rückversicherers entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung mit diesem 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 gibt der Rückversicherer keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an den Rückversicherer zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, kann der Rückversicherer gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmevereinbarung abgeben und kann die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage wird der Versicherte (Mitversicherte) vom Rückversicherer gesondert informiert. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, werden die unter Punkt II. D genannten Leistungen erbracht.

#### **D Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern**

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II. B und C 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 ambularem 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.

#### **E Hauspflegepauschale**

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-RV ÄK VBG gilt die Hauspflege als Versicherungsfall. Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. B, C oder D 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.

#### **F Akutversorgung**

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der österreichischen öffentlichen Krankenhäusern (ausgenommen besondere Honorare gem. § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) oder in den Ambulatorien der von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten übernommen.

#### **G Ärztliche Sonderleistungen**

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arzvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

a) Sonderleistungen - diagnostisch: EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie, Punktionen, etc.

b) Sonderleistungen – therapeutisch, insbesondere: Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie sowie für ärztlich angeordnete physikalische Leistungen, Massagen und Bäder, etc.

#### **H Arzneimittel**

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

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100 % vergütet.

#### **I 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. Darüber hinaus werden die weiteren im Kalenderjahr anfallenden Kosten zu 100 % ersetzt (ausgenommen Sehbehelfe, Hörgeräte und refraktive Augenoperationen). Für ein und denselben Versicherungsfall kann die Vergütung maximal bis zum Höchstbetrag erfolgen.

b) Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen), Hörgeräte sowie refraktive Augenoperationen

Medizinisch notwendige Sehbehelfe und Hörgeräte 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 gemäß Pkt. II. – Ambulante Heilbehandlungen in Österreich – 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 incl. Hubschrauberrettung**

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

(2) Ersetzt werden die Kosten, die

- bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten ab NACA IV (siehe sogleich), oder

- bei einem Transport eines an einer plötzlich auftretenden Krankheit erkrankten Versicherten ab NACA IV (siehe sogleich) durch einen Rettungshubschrauber von dem Ort, an dem der Versicherungsfall eintritt, in ein Krankenhaus entstehen.

Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende Krankheit, wenn sie der Bewertung ab NACA IV gemäß NACA-Score entspricht. Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.

Entscheidend ist der NACA-Score, der in einem ärztlichen Befundbericht des Notfallmediziners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.

Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Versicherungsfall vergütet.

Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

(3) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungs-/Transportberichtes nachzuweisen.

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

Versicherungsschutz wird für in einem österreichischen öffentlichen 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 Kostenübernahmeeklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

#### **VI. Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung**

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV ÄK VBG werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnxtraktion und Zahnröntgen, für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen 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 österreichischen Rehabilitationszentrum entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen von maximal 90 Tagen übernommen. Vorausgesetzt wird, dass die medizinisch notwendige Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt angetreten wird und keine Unterbrechung der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung erfolgt.

Ferner werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in geschriebener Form zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherten (Mitversicherten) 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. Nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung**

Für eine ärztlich verordnete Psychotherapie werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt. Dies gilt nur für Behandlungen von Psychotherapeuten, die in der Psychotherapeutenliste eingetragen sind.

#### **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 Die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

#### **X. Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung bei Entrichtung der Kinderprämie**

Wir für ein mitversichertes Kind an den Versicherer die Kinderprämie entrichtet, so besteht kein Leistungsanspruch für den Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten. Ein Leistungsanspruch ist jedoch dann gegeben, wenn ab Schwangerschaftsbeginn das mitversicherte Kind in die Erwachsenenprämie umgestellt wird.

#### **XI. Beendigung der Versicherung durch Einbeziehung in die Pflichtkrankenkasse**

Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Vorarlberg erlischt, endet diese Versicherung mit dem Ende des Monats des Ausscheidens aus dem Wohlfahrtsfonds.

**TEIL 3:**

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

**Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses**  
 Pflegegebühren täglich bis EUR 425,00

**Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson**  
 Kostenersatz für eine Begleitperson pro Tag bis EUR 73,00

**Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)**  
 Kostenersatz für Arztberatung (Ordination) bis EUR 42,00  
 Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes bis EUR 59,00  
 Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes bis EUR 94,00

**Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)**  
 a) Allgemeine Basisuntersuchung bis EUR 104,00  
 b) gynäkologische Untersuchungen bis EUR 33,60  
 c) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren) bis EUR 109,26  
 d) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien bis EUR 404,18  
 e) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien bis EUR 340,46  
 f) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien bis EUR 310,58  
 g) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien bis EUR 246,85

Für die lit d) bis g) besteht ein Leistungsanspruch ab dem 50. Lebensjahr einmal in 10 Jahren.

**Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen**

Höchstsätze 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

**Hauspflegepauschale**

Pflegepauschale für:

Operationsgruppe III	EUR	110,00
Operationsgruppe IV	EUR	182,00
Operationsgruppe V	EUR	330,00
Operationsgruppe VI	EUR	440,00

**Ärztliche Sonderleistungen**

80 % Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch pro Kalenderjahr bis EUR 745,00  
 Der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen kommt derzeit nicht zur Anwendung.

**Arzneimittel**

80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr bis EUR 679,00  
 Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

**Heilbehelfe, Hilfsmittel**

a) 80 % Kostenersatz für Sehbehelfe und Hörgeräte und refr. Augenop. pro Kalenderjahr bis EUR 388,00  
 b) 80% Kostenersatz für sonstige Heilbehelfe pro Kalenderjahr bis EUR 764,00  
 Darüber hinaus gehende Kosten werden (ausgenommen Sehbehelfe und Hörgeräte) zu 100% vergütet.

**Krankentransportkosten**

Krankentransport inkl. Hubschraubertransport nach internationaler Einsatzbewertungsskala ab NACA Stufe IV; pro Kalenderjahr bis EUR 1.050,00

**Zahnbehandlung und Zahnersatz**

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr bis EUR 450,00

**Rehabilitationsbehandlung**

Behandlungskosten täglich bis EUR 195,00

**Nichtärztliche psychotherapeutische Behandlungen  
beim Psychotherapeuten**

80% Kostenersatz für 30 Minuten bis EUR 15,90  
 80% Kostenersatz für 60 Minuten bis EUR 27,25  
 maximal jedoch € 440,00 pro Kalenderjahr

**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 Höchstsatz von EUR 30.000,– pro Kalenderjahr ersetzt.