

Krankenversicherung § 30 a

TEIL 1:

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung
(AVB-1995/Fassung Juli 2012)

TEIL 2:

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Tarif VAEK19
Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen

TEIL 3:

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Tarif VAEK19
Zweiter Abschnitt - Leistungen

TEIL 1:

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-1995/ Fassung Juli 2012)

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten 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 insoweit ein neuer Versicherungsfall.

- b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.

- c) Als Versicherungsfall gelten auch, wenn der Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) Leistungen hierfür vorsieht:

- der Tod,
- der Unfall,
- die Kurbehandlung,
- der Heilstättenaufenthalt,
- die Zahnbehandlung und der Zahnersatz,
- 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 Beseitigung von Unfallfolgen dienen;

- Kosmetische Behandlungen im Sinn der Versicherungsbedingungen (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur) dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik.

- 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, der Rehabilitation (sofern der Tarif hierfür nicht Leistungen vorsieht) und der Heilpädagogik;

- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro Fertilisation, 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 wieder herzustellen, 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 und Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder gerissen werden.

Krankheiten gelten nicht als Unfall, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich hingegen auch auf Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall.

- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde.

§ 5

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 Beiziehung mehrerer Ärzte bzw. 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 erstattet.

- (6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hiebei nicht vergütet.

- (7) Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise:

Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder.

Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:

Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe. Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel.

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, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind 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 insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten (Mitversicherten) begründet ist.

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

- 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 oder in Zentren für seelische Gesundheit;

- in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;

- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;

- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

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

- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;

- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenpältern);

- für geistig abnorme Rechtsbrecher;

- selbständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);

- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren;

- zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;

- Hospizeinrichtungen;

(12) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. (10) bis (11) insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (10) nicht zulässt.

(13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen 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.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, 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) Schwangerschaft und Entbindung

Im Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie Fehlgeburten werden Leistungen nur erbracht, wenn für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) die Prämie für erwachsene Frauen bezahlt wird.

Besteht aufgrund der tariflichen Bestimmungen Anspruch auf Geburtskostenbeihilfe, so ist dadurch ein 10tägiger stationärer Krankenhausaufenthalt abgegolten.

(20) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines mitversicherten 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 Verpflegskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagelohn für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

§ 6

Einschränkung des Versicherungsschutzes

(7) Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.

(8) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationsformen aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. 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.

(2) Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

(4) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten, Mitversicherten) veranlasst worden sind (z. B. Kosten für Übersetzungen).

(5) Die nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.

(6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer (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.

(7) Der Versicherungsnehmer (Versicherte) kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.

(8) 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 Versicherungsnehmer (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 Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

(9) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren.

Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10

A Prämien und Gebühren

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten) veranlasst worden sind (z. B. Erlagscheingebühren).

§ 11

Obliegenheiten

C Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsvertrages

(9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) haben 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 die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.

D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

(11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 11 (9), so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

§ 12

Ansprüche gegen Dritte

(1) Bestehen 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 Absätze (1) und (2) gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.

(4) 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 gewährt hat.

(5) 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

§ 16

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.

(2) Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

TEIL 2:

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung Tarif VAEK19 Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / Fassung Juli 2012 - in weiterer Folge AVB genannt).

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen 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 in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen 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 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 Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Diese Kostendeckungszusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Diese Zusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I.A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht.

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

(1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

(1)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 erbracht.

(2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr 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 Jahren)

B Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet.

Diese Kostendeckungszusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden.

Als Vertragstageskliniken gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

(2) Diese Zusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden.

C Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.B (1) fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten 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 Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

D Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB gilt die Hauspflege als Versicherungsfall. Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. B oder C nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale bezahlt.

E Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der allgemein öffentlichen Krankenhäuser oder in den Ambulatorien der von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

F Ärztliche Sonderleistungen

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten ersetzt.

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

b) Sonderleistungen – therapeutisch, insbesondere physiotherapeutische Leistungen, die ärztlich angeordnet sind:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, Bäder etc.

G Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstsatz ersetzt.

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

H Heilbehelfe, Hilfsmittel

a) Für Sehbehelfe und Hörgeräte werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

b) Für sonstige Heilbehelfe werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Darüber hinaus gehende Kosten werden (ausgenommen Sehbehelfe und Hörgeräte) zu 100% vergütet.

III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

(1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke 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) Für beabsichtigte ambulante Heilbehandlung (der Auslandsaufenthalt wurde vor allem zum Zwecke der ambulanten Heilbehandlung angetreten) in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz werden die Kosten gemäß Pkt. II. – Ambulante Heilbehandlung in Österreich- vergütet.

IV Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. B, C oder zu einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. E und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Hubschraubertransportkosten werden nach internationaler Einsatzbewertungsskala ab NACA Stufe IV bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Kieferregulierung)

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen sowie für Zahnersatz 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

VI. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem inländischen Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Leistungen werden jedoch nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

Das Ansuchen um die schriftliche Zusage ist vom Versicherungsnehmer oder 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.

VII. Nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung

Für eine ärztlich verordnete Psychotherapie werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstsatz ersetzt. Dies gilt nur für Behandlungen von PsychotherapeutInnen, die in der Psychotherapeutenliste eingetragen sind.

VIII. 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 Höchstsatz pro Kalenderjahr ersetzt.

IX. Kinderprämie

(1) Ein Leistungsanspruch für den Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie Fehlgeburten ist für mitversicherte Kinder dann gegeben, wenn ab Schwangerschaftsbeginn in die Erwachsenenprämie umgestellt wird.

TEIL 3:

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

Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Pflegebühren täglich	bis	EUR	370,00
----------------------	-----	-----	--------

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

Kostenersatz für eine Begleitperson pro Tag	bis	EUR	66,00
---	-----	-----	-------

Arzt- und Facharztekosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

Kostenersatz für Arztberatung (Ordination)	bis	EUR	35,00
--	-----	-----	-------

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	52,00
---	-----	-----	-------

Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	80,00
--	-----	-----	-------

Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)

a) Allgemeine Basisuntersuchung	bis	EUR	85,00
---------------------------------	-----	-----	-------

b) gynäkologische Untersuchungen	bis	EUR	26,38
----------------------------------	-----	-----	-------

c) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren)	bis	EUR	89,26
--	-----	-----	-------

d) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	317,24
--	-----	-----	--------

e) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	267,23
---	-----	-----	--------

f) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	243,77
---	-----	-----	--------

g) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	193,76
--	-----	-----	--------

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	735,00
--	-----	-----	--------

Der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen kommt derzeit nicht zur Anwendung.

Arzneimittel

80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis	EUR	658,00
---	-----	-----	--------

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

Heilbehelfe, Hilfsmittel

a) 80 % Kostenersatz für Sehbehelfe und Hörgeräte pro Kalenderjahr	bis	EUR	374,00
--	-----	-----	--------

b) 80% Kostenersatz für sonstige Heilbehelfe pro Kalenderjahr	bis	EUR	736,00
---	-----	-----	--------

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	1.000,00
---	-----	-----	----------

Zahnbehandlung und Zahnersatz

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	440,00
------------------------------------	-----	-----	--------

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.