



KRANKEN(GRUND)VERSICHERUNG FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE UND WOHSITZÄRZTE

ÄrztInnen, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, sind über ihren Dienstgeber krankenpflichtversichert. Wird das Dienstverhältnis beendet, endet auch die Krankenpflichtversicherung über den Dienstgeber. Für ÄrztInnen ohne gesetzliche Krankenversicherung, die eine Ordination eröffnen und für Wohnsitzärzte, ist die Entscheidung der freiwilligen Weiterversicherung zu treffen.

Hiefür besteht für die Ärztin/den Arzt die Möglichkeit, aus 3 Versicherungen auszuwählen:

- **Gebietskrankenkasse**
- **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**
- **Merkur-Versicherung**

➤ **Gebietskrankenkasse (ASVG):**

Die Gebietskrankenkasse bietet die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung bei monatlicher Beitragszahlung in der Höhe von €350,12.

Ermäßigungen bei niedrigem Einkommen sind möglich, Antragsformulare liegen bei der GKK auf.

Detaillauskünfte erhalten Sie unter der Tel. Nr.: 050/58 55 DW 2724 (Frau Karlbauer)

➤ **Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (GSVG):**

Für eine Krankenversicherung über die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft werden als Basis für die Berechnung 7,65 % des Einkommens herangezogen. Der zu zahlende Monatsbeitrag liegt bei mindestens € 41,14 (bei einem durchschnittlichen Monatseinkommen von € 537,78 monatlich), höchstens bei € 366,82 (bei einem durchschnittlichen Monatseinkommen von €4.795,00)

LEISTUNGEN:

Im Falle der Krankheit bietet die SVA einen Leistungskatalog mit mehr als 100.000 Einzelleistungen mit speziellen Optionen für die Leistungsanspruchnahme.

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Tel. Nr.: 0463/ 32 1 33-6042 bzw. 9640.

➤ **Merkur-Versicherung: KAEK Tarif***

LEISTUNGEN:

Österreich- und Europadeckung für die

stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland.

Die MERKUR Versicherung AG übernimmt die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Versicherungsschutz bei stationärer Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem inländischen Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zur Höhe von € 190,- täglich bis höchstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Versicherungsschutz bei ambulanter Heilbehandlung

Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

- | | |
|---|-------|
| a.) Für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) | €27,- |
| b.) Für eine Tagesvisite des prakt. Arztes oder Facharztes | €37,- |
| c.) Für eine Nacht- oder eine Sonn- bzw. Feiertagsvisite des Arztes oder Facharztes | €64,- |

Vorsorgeuntersuchungen

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).

Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)

- | | |
|---|--------|
| a.) Allgemeine Basisuntersuchung bis | €75,- |
| b.) gynäkologische Untersuchungen bis | €19,85 |
| c.) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren) bis | €50,07 |

Für nachstehende Vorsorgeuntersuchungen besteht ein Leistungsanspruch ab dem 50. Lebensjahr einmal in 10 Jahren.

Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien
mit Schlingenpolypektomien bis €
320,-

Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien
ohne Schlingenpolypektomien bis €200,-

Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit
Schlingenpolypektomien bis €175,-

Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne
Schlingenpolypektomien bis €145,-

Ärztliche Sonderleistungen

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten innerhalb eines Kalenderjahres bis zu folgenden Höchstsätzen vergütet:

a.) Sonderleistungen diagnostisch

EKG, EEG, Röntgen, Labor Sonografie etc.

b.) Sonderleistungen therapeutisch:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, etc.

a.) und b) bis insgesamt €630,-

Wird der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt, der dem 5fachen Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen entspricht, zum Tragen, danach werden die Kosten ohne Höchstbetrag abgerechnet.

c.) Medikamente

80 % Kostenersatz für Arzneimittel, pro Kalenderjahr bis €
452,-.

Wird der Höchstbetrag für Medikamente ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt in Höhe von €600,- zum Tragen, danach werden die Kosten ohne Höchstbetrag ersetzt.

Heilbehelfe

Für Heilbehelfe (Hilfsmittel) 80% der Kosten, jährlich bis €383,- davon

für Brillen €227,-

Versicherungsschutz bei Zahnbehandlung

für konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnextraktion
und Zahnrontgen 80% der Kosten, pro Kalenderjahr bis

€605,-

Krankenhaustransportkosten

80% der Kosten, jährlich bis insgesamt

€225,-

Akutversorgung in KH-Ambulanzen

kein Höchstsatz

Die Beitragseinhebung für diese Leistungen erfolgt durch die vierteljährliche Beitragsvorschreibung der Ärztekammer für Kärnten und beträgt monatlich

Altersklasse	Prämie
19-30	€47,93
31-35	€58,59
36-45	€70,31
46-60	€83,10
ab 60	€88,41

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Landesdirektion in Klagenfurt, Lidmanskýgasse 17, unter der Tel. Nr.: 0463/51 18 48 oder über E-Mail: merkur@merkur.at zur Verfügung.

Die Entscheidung ist der Ärztekammer für Kärnten umgehend bekannt zu geben!

Schließt die freiwillige Versicherung nach dem ASVG direkt an ein Dienstverhältnis, so besteht keine Wartefrist. Erfolgt eine freiwillige Versicherung nach längerer Unterbrechung, so besteht der Leistungsanspruch erst 6 Monate nach Beginn der freiwilligen Versicherung.

Will man von der Versicherung bei der Ärztekammer/Merkur in die Selbstversicherung umsteigen, so besteht nach dem ASVG eine Wartefrist von 60 Monaten.

Erfolgt eine Anstellung, dann lebt ohnehin die Versicherungspflicht und damit der Versicherungsschutz ab dem ersten Tag auf.

*Der KAEK-Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn die Ärztin/der Arzt auf den Ersatz von Krankenhauskosten bei der Ärztekammer für Kärnten versichert ist.