

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

für die Krankenkostenversicherung MUK FAMILY PLUS

Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)
(BVB 2009 – Fassung 01/2026)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A – Tarifbestimmungen

Versicherungsschutz

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abschluss des Versicherungsvertrages
Beginn des Versicherungsschutzes
Besondere Wartezeiten
Einschränkung des Versicherungsschutzes
Einreichung der Unterlagen und Auszahlung der Versicherungsleistungen
Verpflichtungen des Versicherungsnehmers
Obliegenheiten
Ende der Versicherung
Änderungen der Versicherungsbedingungen AVB 2005

Abschnitt B – Leistungen

I. Leistungen innerhalb Österreichs

- I.1. Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen
- I.2. Eigenbeteiligungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt
- I.3. Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Elternteils
- I.4. Kostenersatz für eine Begleitperson eines versicherten Kindes
- I.5. Häusliche Krankenpflege für Kinder (bis zum 12. Lebensjahr) durch Pflegefachkräfte
- I.6. Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Kindes
- I.7. Besuchskosten
- I.8. Bestattungskosten
- I.9. Ambulante Operationen
- I.10. Hausbesuche des Arztes
- I.11. Reiseabbruch
- I.12. Reisetorno

II. Leistungen innerhalb der Europäischen Union

- E.1. Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen
- E.2. Kostenersatz Begleitperson
- E.3. Krankentransporte
- E.4. Eigenbeteiligungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt

III. Leistungen weltweit

- W.1. Kostenersatz Begleitperson
- W.2. Kur- und Erholungsaufenthalte (für versicherte Kinder bis zum 19. Lebensjahr)
- W.3. Externe Übernachtung (für versicherte Kinder bis zum 19. Lebensjahr)
- W.4. Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten bis zu 31 Tagen
- W.5. Reiseabbruch bzw. Reiseverlängerung
- W.6. Reisetorno

Auszug aus dem Versicherungs-Vertragsgesetz (VersVG)

Abschnitt A: Tarifbestimmungen

Versicherungsschutz

Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, muki gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Wird nachfolgend nicht ausdrücklich Abweichendes bestimmt, finden auf alle Verträge nach dem gegenständlichen Tarif die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005) Anwendung. Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach dem gegenständlichen Tarif ist, dass der gesamte Familienverband versichert wird und jede versicherte Person in Österreich gesetzlich pflichtversichert ist.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Meldung/Nachmeldung von Mitgliedern des Familienverbandes und erfolgt somit keine Mitversicherung von diesen Personen, gebührt dem Versicherer jene Prämie, welche bei Meldung/Nachmeldung verrechnet worden wäre.

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Abweichend von § 1. Z. 1 - 2.4. AVB 2005 gelten auch nachfolgend bezeichnete Ereignisse als Versicherungsfall nach gegenständlichem Tarif:

- Betreuungshilfe nach Maßgabe der Tarifbestimmungen
- Bergung bzw. Primärtransport nach einem Unfall
- Reiseabbruch, Reiseverlängerung, Reisestorno.

2. Als Unfall gelten in Ergänzung zu § 1. Z. 5. AVB 2005 auch folgende vom Willen der versicherten Person 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, weiters Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf sowie Unfälle der versicherten Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden sowie Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst, gelten jedoch in keinem Fall als Unfallsfolge.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

3. Nicht als Unfälle gelten Krankheiten und Verschlimmerungen bestehender, anlagebedingter oder degenerativer Schädigungen; dies gilt jedoch nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, die durch einen Unfall verursacht wurden.

Ein Riss der Achillessehne ist nur dann ein Unfall, wenn dieser unmittelbar durch ein plötzlich von außen einwirkendes Ereignis verursacht wird und äußere Verletzungszeichen (wie Bluterguss, Schnittwunden, Hautabschürfung etc.) medizinisch dokumentiert sind.

Nicht als Unfallfolgen gelten

- Infektionskrankheiten

- Bauch- und Unterleibsbrüche
- Meniskusschäden, wenn keine zusätzlichen unfallkausalen Knieverletzungen (wie z.B. geschädigte Bandstrukturen, geschädigte Gelenkscapseln oder knöcherne Verletzungen) vorliegen.

Abschluss des Versicherungsvertrages

4. Bei neugeborenen Kindern gilt in Abweichung zu § 2. Abs. 5. AVB 2005:

Die Eltern des Kindes – wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt unter 19 Jahren – müssen seit mindestens 3 Monaten aufrechten Versicherungsschutz nach Tarifen genießen, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen. Die Voraussetzung der Vorversicherung aller Kinder im gemeinsamen Haushalt entfällt im Hinblick auf solche, die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als 12 Monate innerhalb des versicherten Familienverbandes gelebt hatten. Scheidet ein Elternteil aus dem versicherten Familienverband aus, ist er berechtigt, sich auf die gegenständliche Bestimmung zu Gunsten des Neugeborenen zu berufen, wenn dieses innerhalb seiner häuslichen Gemeinschaft verbleibt und für ihn selbst seit mindestens 3 Monaten aufrechter Versicherungsschutz bestanden hatte. Die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von 2 Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem Tag der Geburt dem Versicherer zur Kenntnis gebracht werden (vgl. § 16. AVB 2005).

Beginn des Versicherungsschutzes

5. Bei Neugeborenen beginnt in Ergänzung zu § 4. AVB 2005 der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn zum Zeitpunkt der Geburt ein Elternteil seit mindestens 3 Monaten aufrechten Versicherungsschutz durch den Versicherer genossen hat und dem Versicherer die Mitversicherung des Kindes ordnungsgemäß im Sinne des Pkt. 4. angezeigt worden ist. Wenn zum Zeitpunkt der Geburt die Eltern bzw. der länger versicherte Elternteil weniger als 3 Monate nach diesem Tarif versichert sind, beginnt der Versicherungsschutz für das Neugeborene mit dem Ende der dreimonatigen allgemeinen Wartezeit der Eltern bzw. des länger versicherten Elternteils. Voraussetzung ist, dass dem Versicherer die Mitversicherung des Kindes ordnungsgemäß im Sinne des Pkt. 4. angezeigt wird. Der Geburt eines Kindes stehen Adoption und Pflegekindschaft gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt derselben noch minderjährig ist. Die Wartezeiten entfallen bei Mitversicherung des im gleichen Haushalt lebenden Ehegatten oder (gleich- oder verschiedengeschlechtlichen) Lebenspartners, wenn zuvor mindestens für die Dauer von 3 Monaten ununterbrochen der Versicherungsschutz aufrecht war und die Mitversicherung innerhalb von 2 Monaten nach Gründung des gemeinsamen Haushaltes beantragt worden ist.

Besondere Wartezeiten

6. A. Versicherungsschutz für Entbindungen sowie für erforderliche Untersuchungen auf Grund einer Schwangerschaft oder einer Fehlgeburt und damit im Zusammenhang stehende medizinische Heilbehandlungen besteht in Ergänzung zu § 4. Z. 3. AVB 2005 erst nach Ablauf einer Wartezeit von 9 Monaten, es sei denn, die Schwangerschaft ist nachweislich nach Vertragsabschluss und während aufrechter Versicherungsdauer eingetreten.

B. In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit Kurz- und Erholungsaufenthalten beträgt die Wartezeit 24 Monate.

C. In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit der Er-

stattung von Bestattungskosten beträgt die Wartezeit 12 Monate. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, unter Anrechnung der aus der bisherigen Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen Tarif dieser Versicherungsart bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln. Beantragt der Versicherungsnehmer den Übertritt in eine höhere Tarifklasse, treten im Umfang des Erweiterungsbegehrens die Bestimmungen der AVB 2005 sowie der gegenständlichen BVB bezüglich Abschluss des Versicherungsvertrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten mit Wirkung ab Zustellung des Antrags von neuem in Kraft.

Bezüglich des erweiterten Versicherungsschutzes, der mit der Erhöhung des Deckungsumfanges verbunden ist, gelten darüber hinaus neuerlich die Bestimmungen über allgemeine und besondere Wartezeiten.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

7. Versicherungsleistungen werden nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen erbracht, also nur für die Folgen, für die der Unfall allein kausal ist. Keine Leistungspflicht besteht ergänzend zu § 6. AVB 2005 für Heilbehandlungen, die vor Antragstellung auf Abschluss einer Krankenversicherung oder vor Versicherungsbeginn begonnen haben und für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen; für Unfälle, die die versicherte Person infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung erleidet, sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Terror verursacht sind;

bei missbräuchlichem Genuss von Suchtgiften und Arzneimitteln sowie für Entziehungsmaßnahmen, einschließlich Entziehungskuren; bei Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung; bei aktiver Beteiligung an einem Streik; bei schädigender Wirkung von ionisierender Strahlung und Kernenergie; bei Auftreten von Seuchen, Epidemien und Pandemien; für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung; generell für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe, ausgenommen in Fällen zwingender und unaufschiebbarer medizinischer Notwendigkeit im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt.

8. Außer den in Pkt. 7. genannten Fällen besteht bei urlaubsbedingten Auslandsaufenthalten auch keine Leistungspflicht bei einer der versicherten Person bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannten Schwangerschaft sowie mit dieser Schwangerschaft im Zusammenhang stehende Aufwendungen für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die versicherte Person nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz.

Die Flugambulanz (siehe Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten) empfiehlt aus Erfahrung dringend, bei bekannter Schwangerschaft keine Reisen ins Ausland zu unternehmen.

Keine Leistungsverpflichtung besteht darüber hinaus, wenn die Impfeempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht eingehalten wurden. Wenn bei Eintritt des Versicherungsfalles den Anordnungen der Flugambulanz nicht Folge geleistet wurde, insbesondere, wenn ein Heimtransport von der versicherten Person abgelehnt oder schuldhaft versäumt wird, besteht kein Anspruch auf weitere Leistungen oder Mehrkosten aus diesem Versicherungsfall. Keine Leistungsverpflichtung besteht auch, wenn die Beauftragung der Flugambulanz nicht durch muki erfolgt ist.

9. Neben den in Pkt. 8 genannten Fällen besteht keine Leistungspflicht des Versicherers

- 9.1. bei Reisestorno, wenn der Grund für das Storno in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (es sei denn, die Erkrankung tritt nach der Reisebuchung erstmalig auf), Dialyse, Organtransplantationen, HIV+, geistiger oder körperlicher Behinderung steht.

- 9.2. bei Reisestorno und Reiseabbruch (Rücktransport)

- 9.2.1 wenn der Grund dafür in Zusammenhang mit einer innerhalb der letzten 12 Monate vor Reisebuchung stationär behandelten folgenden Erkrankung der versicherten Personen stehen: Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden, Diabetes, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose, Bandscheibenvorfall;

- 9.2.2 und bei Buchung bzw. Antritt der Reise bereits vorgelegen hat oder voraussehbar gewesen ist.

- 9.3 wenn das Reiseunternehmen vom Reisevertrag zurücktritt;

- 9.4 wenn die Reise aufgrund einer bereits vor der Reisebuchung bekannten Schwangerschaft storniert oder abgebrochen wird.

10. Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinaus gehender Kosten (z.B. besondere Honorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46. Krankenanstaltengesetz) nicht verpflichtet.

Einreichung der Unterlagen und Auszahlung der Versicherungsleistungen

11. Ergänzungen zu § 7. AVB 2005: Tarifleistungen lt. BVB 2009, Abschnitt B – Leistungen – I.1., I.10., I.11., I.12, E.1., W.2. sowie W.5. bis W.7. gelten als subsidiär und werden deshalb nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.

Verpflichtungen des Versicherungsnehmers

12. Ergänzung zu § 10. Abs. A Z. 1 - 3 AVB 2005: Die Monatsprämie ist abhängig von der Anzahl der versicherten Personen. Die jeweiligen Prämien sind dem jeweiligen Tarifblatt zu entnehmen und haben nur Gültigkeit, wenn die gesamte Familie zu diesem Tarif versichert ist.
13. Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Eine Aufnahme erfolgt bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres.
14. Hat ein mitversichertes Kind das 19. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Leben mehr als vier Kinder unter 19 Jahren im Familienverband, so sind nur vier Kinder prämienpflichtig.

Obliegenheiten

15. Ergänzung zu § 11. AVB 2005: Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach deren Beginn anzuzeigen.
16. Ergänzung zu § 11. AVB 2005: Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
17. Der Versicherer ist gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anlage) von der

Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Pkt. 15. und 16. oder in den AVB 2005 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

18. Wird die in § 11. lit. C Z. 10. der AVB 2005 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und 1a VersVG (siehe Anlage) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

Ende der Versicherung

19. Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13ff. AVB 2005 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtversicherung erlischt, und zwar mit Ende der Anspruchsberechtigung.

Änderungen der Versicherungsbedingungen AVB 2005

20. Als für Anpassungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) gelten die Veränderungen jener Faktoren, die in § 18. AVB 2005 erschöpfend aufgezählt sind.

Bei der Festsetzung der Anpassung auf Grund der Veränderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen (§ 178f. Abs. 5. Z. 2 VersVG) bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht; betrifft dies die Gebühren und/oder Honorare sämtlicher Spitäler eines Bundeslandes, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des vom österreichischen statistischen Zentralamt verlautbarten Index der Verbraucherpreise zu Grunde gelegt. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlaublich, gelten diese an seiner Stelle verlaublichen Werte; sollte die Berechnung des Index der Verbraucherpreise grundlegend geändert werden, bestimmt die Versicherungsaufsichtsbehörde den künftig anzuwendenden Maßstab.

21. Die Versicherungsbedingungen BVB 2009 können für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere Änderungen

- von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
- der höchstrichterlichen Rechtssprechung, auf der einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen, bzw.

in den Versicherungsbedingungen BVB 2009 eine Bestimmung unwirksam und zur Fortführung des Vertrages deren Ergänzung notwendig ist.

Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt oder eine Kartellbehörde oder eine Versicherungsaufsichtsbehörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an Stelle solcher Bedingungen tritt.

22. Ergänzung zu § 18. Z. 1.5. AVB 2005: Eine Änderung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist.

Abschnitt B:

Leistungen

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene Umsatzsteuer)

I. Leistungen innerhalb Österreichs

I.1. Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen

Tarifleistungen nach der gegenständlichen Bestimmung werden gewährt, wenn

- ein Unfall ursächlich (Unfallkausalität) für die stationäre Aufnahme der versicherten Person war und nur soweit die Unfallsfolgen nicht auf Vorerkrankungen oder Vorverletzungen beruhen und die Dauer des Aufenthaltes mindestens 24 Stunden beträgt.
- die stationäre Heilbehandlung der versicherten Person zum Zwecke der Behandlung der Unfallsfolgen spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem zu Grunde liegenden Unfall beginnt,
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles innerhalb Österreichs bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist.

I.1.1. Erstattung bei Behandlungen nach I.1. in Vertragskrankenhäusern

muki erstattet die Differenz auf jene Kosten und Nebenkosten für Honorare, Behandlungen, Pflegegebühren, Bestrahlungen und andere Leistungen für stationäre Behandlung, die auf Grund der jeweils geltenden Gesetze, Verordnungen und Verträge durch den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, in voller Höhe, auch wenn im Einzelfall die tariflichen Leistungen nicht zur vollen Kostendeckung ausreichen sollten. Besteht allerdings ein Sonderklasse-Tarif (Vollkosten) bei einem anderen privaten Krankenversicherer, leistet der Versicherer nur subsidiär nach Ausschöpfung des dort bestehenden Leistungsanspruches. Sind die Voraussetzungen für die Leistung erfüllt, stellt der Versicherer eine Kostenverpflichtungserklärung aus und verrechnet die Kosten direkt mit der Krankenhausverwaltung. Der Versicherungsschutz umfasst keine besonderen Honorare im Sinne des § 46 Krankenanstaltengesetz.

I. 1.2. Erstattung in anderen Krankenhäusern

Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer einer nicht zu den Vertragskrankenhäusern gehörenden Krankenanstalt in Österreich sind bis zu folgenden Höchstsätzen erstattungsfähig:

Pflegegebühren (täglich)

Hauptversicherte	EUR	124,61
Familienversicherte	EUR	134,20

Behandlungskosten bei nicht operativen Fällen

Int. Behandlungspauschale	EUR	584,75
ab dem ersten Tag	EUR	71,89

Behandlungskosten bei operativen Fällen

Ersatz pro Aufenthaltstag	EUR	50,32
---------------------------	-----	-------

Zusätzlich sind Aufwendungen für Operationskosten entsprechend dem – bei muki jederzeit anforderbaren – Operationsgruppenverzeichnis erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Operationsgruppen werden wie folgt festgesetzt:

Operationsgruppe I	EUR	326,88
Operationsgruppe II	EUR	503,27
Operationsgruppe III	EUR	805,23
Operationsgruppe IV	EUR	1.359,32
Operationsgruppe V	EUR	1.912,43
Operationsgruppe VI	EUR	2.617,02
Operationsgruppe VII	EUR	3.674,37
Operationsgruppe VIII	EUR	5.032,73

Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Höchstbeträge nach der jeweiligen Operationsgruppe halbiert sich, wenn an Stelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt werden. Der Versicherungsschutz umfasst keine besonderen Honorare im Sinne des § 46. Krankenanstaltengesetz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus der vorstehenden Ausführung ergibt, werden ersetzt.

I.1.3. Ersatzkrankenhaustagegeld

Die gegenständliche Krankenkostenversicherung räumt dem Versicherten für die gesamte Dauer einen Anspruch auf die Bezahlung von Krankenhaustagegeld ein, sofern eine stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt nach Maßgabe des Pkt. I erfolgt war und innerhalb eines Jahres nach dem diesem kausal zu Grunde liegenden Unfall eine Kostenerstattung nicht in Anspruch genommen wird. Das Ersatzkrankenhaustagegeld pro Aufenthaltstag beträgt der Höhe nach für Erwachsene EUR 92,34 und für Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr EUR 48,81. Findet die Verlegung einer versicherten Person während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere statt, so werden nach Maßgabe des Günstigkeitsprinzips zu Gunsten der jeweils versicherten Person entweder die angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.1. und I.1.2. ersetzt oder das Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

I.2. Eigenbeteiligungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt innerhalb Österreichs und der EU

Aufwendungen für von einem Sozialversicherungsträger erhobene Selbstbehalte bei Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse sind nach Maßgabe dieses Tarifes zu 100% erstattungsfähig. Die Dauer des Aufenthalts muss durchgehend 24 Stunden betragen.

I.3. Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Elternteils

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von EUR 1.055,27 für die Betreuung eines Kindes bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres durch eine Familienhelferin, wenn diese wegen einer akuten Erkrankung oder Krankenhausaufenthalts eines alleinerziehenden Elternteils erforderlich ist.

Bei Ehepartnern, Lebensgefährten oder Lebenspartnern leistet der Versicherer, wenn der gesamte Pflegeurlaub und Urlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht ist. Die Aufwendungen werden nur erstattet, wenn diese mittels einer rechtsgültigen, von einer zur Ausstellung einer solchen befugten Stelle ausgestellten Rechnung nachgewiesen werden. Nach einer Hausgeburt bzw. einer ambulanten Entbindung sind Aufwendungen für eine Familienhelferin bis zu einer Höchstdauer von maximal 4 Tagen zu 100% erstattungsfähig.

I.4. Kostenersatz für eine Begleitperson eines versicherten Kindes

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Mitaufnahme einer Begleitperson während eines medizinisch notwendigen

stationären Aufenthaltes eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden in der Allgemeinen Gebührenklasse eines öffentlichen Krankenhauses zu 100%, in Privatkliniken bzw. nicht-öffentlichen Krankenhäusern bis zum Höchstbetrag von EUR 98,93 pro Aufenthaltstag ersetzt.

I.5. Häusliche Krankenpflege für Kinder (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) durch Pflegefachkräfte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte, die medizinische Leistungen (wie Verbandswechsel oder Injektionen) nach Anweisung des Arztes durchführen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 19,79 pro Stunde ersetzt, maximiert mit EUR 1.055,27 pro Kalenderjahr und Familie.

I.6. Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Kindes

Wird ein allein erziehender Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen bzw. sind bei Ehepaaren, Lebensgefährten oder Lebenspartnern der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht, sind Aufwendungen für eine Familienhelferin zur Betreuung etwaiger Geschwister während des Krankenhausaufenthaltes eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erstattungsfähig. Die Aufwendungen werden nur erstattet, wenn diese mittels einer rechtsgültigen, von einer zur Ausstellung einer solchen befugten Stelle ausgestellten Rechnung nachgewiesen werden.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei Krankheit eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zu Hause, wenn die Mutter oder der Vater berufstätiger Alleinerzieher ist und der Pflegeurlaub und der Erholungsurlaub aufgebraucht ist bzw. bei Ehepaaren oder Lebensgefährten beide Personen berufstätig sind und der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub aufgebraucht ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 1.055,27 pro Kalenderjahr ersetzt.

I.7. Besuchskosten

Werden für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr außer den Erstattungsleistungen für den Selbstbehalt keine anderen Tarifleistungen in Anspruch genommen, werden EUR 23,74 pro Aufenthaltstag, maximiert mit EUR 237,44 pro Aufenthalt vergütet, höchstens jedoch EUR 1.187,18 pro Kalenderjahr und Familie.

I.8. Bestattungskosten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Bestattungskosten bei Tod eines versicherten Kindes bis zum 19. Lebensjahr. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 3.297,71 ersetzt.

I.9. Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendig ambulante Operationen von versicherten Kindern bis zum vollendeten 19. Lebensjahr in öffentlich anerkannten Tageskliniken oder Vertrags-Tageskliniken bis zur Operationsklasse IV, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung vermieden werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu nachfolgend bezeichneten Höchstsätzen erstattet:

Operationsgruppe I	EUR	277,01
Operationsgruppe II	EUR	369,34
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	145,10
Operationsgruppe III	EUR	725,50
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	263,82
Operationsgruppe IV	EUR	1.450,99
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	527,63

Wird für eine ambulante Operation Kostenerstattung in Anspruch genommen, werden keine weiteren mit dieser Behandlung im Zusammenhang stehende Leistungen aus diesem Tarif erbracht. Bitte setzen Sie sich vor einer Operation immer mit dem Versicherer in Verbindung.

I.10. Hausbesuche des Arztes

Aufwendungen für Hausbesuche des Arztes nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. auf Grund einer akuten Erkrankung außerhalb der Ordinationszeiten sind für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag von EUR 79,15, nach Abzug der erbrachten Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers, erstattungsfähig.

I.11. Reiseabbruch

Nach Antritt einer Urlaubsreise sind Aufwendungen wegen eines medizinisch notwendigen Reiseabbruchs bzw. eines vorzeitigen Rücktransports auf Grund von Krankheit oder Unfall bzw. Todesfall eines nahen Angehörigen erstattungsfähig. Ersetzt werden die gebuchten, nicht genutzten Kosten des Reisearrangements bis zu EUR 5.276,34 pro Familie.

I.12. Reisestorno

Bis zum Zeitpunkt des Reiseantritts sind Aufwendungen erstattungsfähig, die bei der Stornierung einer gebuchten Urlaubsreise aus einem der folgenden Gründe entstehen:

- Reiseunfähigkeit eines Elternteiles oder Kindes auf Grund von Unfall oder Krankheit, unabhängig davon, ob die Reise mit dem Kind angetreten worden wäre.
Die Reiseunfähigkeit muss durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.
- Tod eines nahen Angehörigen (Ehegatte, Lebensgefährte, Verwandte in auf- und absteigender Linie, Geschwister).
- Bedeutender Sachschaden am Eigentum der versicherten Person am Wohnort, der ihre Anwesenheit zwingend erforderlich macht (z.B. Einbruchdiebstahl, Hochwasser).
- Unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung durch den Arbeitgeber.
- Einreichung der Scheidungsklage durch einen der Ehepartner.
- Eintreffen einer unerwarteten gerichtlichen Vorladung, vorausgesetzt das Gericht akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Vorladung.

Leistungsvoraussetzungen sind, dass der Versicherer umgehend, d.h. noch vor Stornierung, informiert wird, diesem die Reiseunterlagen zur Verfügung gestellt werden und dass die Buchung der Reise höchstens einem Monat vor Vertragsbeginn erfolgt ist.

Beim Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen gilt ein Selbstbehalt des Versicherungsnehmers in Höhe von 20% als vereinbart, mindestens jedoch EUR 200,00.

II. Leistungen innerhalb der Europäischen Union

E.1. Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen

Bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen im Sinne des Pkt. I.1.1. erbringt muki Tarifleistungen nach Maßgabe der Pkt. I.1.1. bis I.2.

E.2. Kostenersatz Begleitperson

Nach einem Unfall werden nach Maßgabe des Pkt. I.4. die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Begleitperson eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses zu 100% ersetzt, in allen anderen Fällen einer stationären Heilbehandlung ersetzt muki in öffentlichen Krankenhäusern sowie Privatkliniken bis zu EUR 197,86 pro Aufenthaltstag.

E.3. Krankentransporte

Aufwendungen für Krankentransporte (Rettungsfahrzeug oder Krankentaxi), die von der zuständigen Pflichtversicherung nicht gedeckt werden, sind erstattungsfähig und werden bis zu EUR 197,86 pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag von EUR 1.450,99 pro Familie und Kalenderjahr ersetzt.

E.4. Eigenbeteiligungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt innerhalb Österreichs und der EU

Siehe I.2.

III. Leistungen weltweit

W.1. Kostenersatz Begleitperson

Nach Maßgabe des Pkt. I.4. ersetzt muki die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Begleitperson eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses sowie Privatkliniken bis zu EUR 197,86 pro Aufenthaltstag.

W.2. Kur- und Erholungsaufenthalte (für versicherte Kinder bis zum 19. Lebensjahr)

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale in Höhe von EUR 19,79 pro Kalendertag in jedem dritten Kalenderjahr bezahlt, höchstens jedoch EUR 415,51 pro Familie. Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Genehmigung durch die Pflichtversicherung bzw. der fachärztlichen Bestätigung.

W.3. Externe Übernachtung (für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Übernachtungen, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson aus Platzgründen nicht möglich ist und das Krankenhaus vom Wohnort mind. 70 km entfernt ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 46,17 pro Übernachtung ersetzt, zuzüglich einer täglichen Verpflegungspauschale von EUR 23,74. Diese Leistung ist mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Kindes beschränkt.

W.4. Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten bis zu 31 Tagen

Der Auslandsversicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf des

ersten Monats eines Auslandsaufenthaltes. Ist die Rückreise der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt wegen Krankheit oder Unfallsfolgen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit des Transports, Transportart, Transportfähigkeit und Transportzeitpunkt sowie die Notwendigkeit eines Reiseabbruchs bzw. einer Reiseverlängerung treffen ausschließlich die Ärzte der muki 24h-Nothilfe. Diese ist über die auf der Notfallkarte angegebene Notrufnummer Tel. 01 364 4 364 (aus dem Ausland Tel. 0043 1 364 4 364) rund um die Uhr zu erreichen.

W.4.1. Bergung und Primärtransport

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Bergung nach einem Unfall (z.B. Seenot, Bergnot, Verkehrsunfall) sowie für den Primärtransport, die nicht von der zuständigen Pflichtversicherung gedeckt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden pro Versicherungsfall bis zu EUR 1.912,67 ersetzt.

W.4.2. Nottransport auf dem Luftweg

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für einen Nottransport auf dem Luftweg in voller Höhe, wenn die versicherte Person primär versorgt ist, sich stationär im Krankenhaus befindet, den flugmedizinischen Richtlinien zufolge transportfähig ist und eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist:

- eine lebensbedrohende innere Erkrankung;
- ein lebensbedrohender chirurgischer oder unfallchirurgischer Notfall;
- eine Erkrankung, die eine Spezialbehandlung erfordert;
- wenn die Gefahr einer Defektheilung nach einem schweren Unfall oder einer schweren Erkrankung nicht auszuschließen ist;
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 4 Wochen zu erwarten ist;
- der Transport erfolgt in die dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene Spezialklinik.

W.4.3. Krankenhauskosten, Arzthonorare, Medikamente

Im Falle eines urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthaltes im Sinne des Pkt. W.4. sind Aufwendungen für

stationäre Heilbehandlung, ärztliche Heilbehandlung sowie Medikamente nach Abzug der erbrachten Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers bis zu einem Höchstbetrag von EUR 5.276,34 pro Versicherungsfall erstattungsfähig.

W.4.4. Nachsendung von Medikamenten

In voller Höhe erstattungsfähig ist die auf dem schnellsten Wege mögliche Organisation eines für die versicherte Person notwendigen Medikamentes, das am Urlaubsort nicht zur Verfügung steht, durch die Flugambulanz.

W.4.5. Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, sind die Aufwendungen der Überführung an ihren Heimatwohnsitz bzw. bei einer Beisetzung im Ausland die Aufwendungen für die Bestattung erstattungsfähig. Ersetzt werden Bestattungskosten oder die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Überführung bis zum Höchstbetrag von gesamt EUR 10.552,67.

W.5. Reiseabbruch bzw. Reiseverlängerung

Nach Antritt einer Urlaubsreise sind Aufwendungen wegen einer medizinisch notwendigen Reiseverlängerung oder eines vorzeitigen Rücktransports auf Grund von Krankheit oder Unfall bzw. Todesfall eines nahen Angehörigen erstattungsfähig. Ersetzt werden die gebuchten, nicht genutzten Kosten des Reisearrangements bis zu EUR 5.276,34 pro Familie, die Kosten für die Verlängerung des Reisearrangements bis zu EUR 2.638,17 pro Familie sowie die Mehrkosten, die durch Umbuchung/Rückreise entstehen, bis zu EUR 1.450,99 pro Familie.

Für die Dauer des Versicherungsschutzes gelten die Bestimmungen des Pkt. W.4. sinngemäß.

W.6. Reisestorno

muki erbringt tarifmäßige Leistungen nach Maßgabe des Pkt. I.12. bei Vorliegen der dort bezeichneten Voraussetzungen.

ANHANG zu den BVB für die Krankenkostenversicherung MUK FAMILY PLUS

Wiedergabe der in den BVB erwähnten Gesetzesbestimmungen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG – BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. I. Nr. 34/2012).

§ 6.

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- 1a Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
2. Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. 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.
4. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
5. Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 178f.

1. Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.
2. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:
 1. eines in der Vereinbarung genannten Index,

2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

3. Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
4. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Auszug aus dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)

StF: BGBl. I. Nr. 03/2016

§ 46.

1. Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pfléglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.
2. Die mit den Klinikvorständen (Leitern von Klinischen Abteilungen) vereinbarten Honorare unterliegen nicht § 27 Abs. 4 und 5 sowie § 28.
3. Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt oder im Falle einer derartigen Kostentragung im Rahmen der Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand (§ 55) der Bund als Rechtsträger der Medizinischen Universität bzw. Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist, eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.