



***Krankenfürsorgeanstalt
der
Bediensteten der Stadt Wien
(KFA)***

K r a n k e n o r d n u n g

Beschluss des Vorstandes vom 19.6.1998, in der Fassung der Vorstandsbeschlüsse vom 5.11.1998, 25.1.2000, 5.12.2000, 23.7.2001, 10.12.2001, 30.5.2006, 17.11.2006, 22.6.2007, 5.12.2007, 26.5.2008, 28.10.2008, 12.11.2009, 16.11.2010, 1.12.2011, 6.12.2012, 9.12.2013, 2.12.2014, 5.05.2015, 4.11.2015, 9.05.2016, 16.11.2016, 6.11.2017, 30.11.2018, 22.11.2019, 12.05.2020;

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines.....	4
II. Ärztliche Hilfe.....	4
IIa. E-card und Europäische Krankenversicherungskarte	7
Wesen und Zweck der e-card.....	7
Ausstellen der e-card	7
E-card-Ersatzbeleg.....	8
Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK	8
(European Health Insurance Card – EHIC)	8
EKVK-Ersatzbescheinigung	9
Umgang mit e-card und EKVK	9
Melde- und Auskunftspflichten	10
Sperrung und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung	10
III. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen.....	11
IV. Heilmittel	11
V. Heilbehelfe.....	12
VI. Anstaltspflege	13
VII. Transportkosten	14
VIII. Medizinische Hauskrankenpflege.....	14
IX. Leistungen bei Mutterschaft	15
X. Leistungen bei Todesfall	15
XI. Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.....	15
XII. Erweiterte Heilfürsorge	17
XIII. Maßnahmen der Rehabilitation.....	17
XIV. Gesundenuntersuchungen	18
XV. Leistungen bei Auslandsaufenthalten	19
XVa. Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht für Mitglieder gemäß § 4 Abs. 1 lit. b der Satzungen (Vertragsbedienstete)	19
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld	19
Meldung der Bemessungsgrundlage	19
Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt	20
Besondere Pflichten des Arbeitsunfähigen	20
Wochengeld	20
Auszahlung von Kranken- und Wochengeld	21
XVI. Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes.....	21
Krankenbesuchsdienst	21
Prüfung des Gesundheitszustandes	21
XVII. Schluss- und Übergangsbestimmungen	21
Anlage 1 zur Krankenordnung	22
Anlage 2 zur Krankenordnung: Bewilligungspflicht	23

I. Allgemeines

- 1.** Die Krankenordnung regelt das Verhalten der Mitglieder im Erkrankungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von satzungsmäßigen Leistungen und deren Kontrolle. Sie ist für alle Mitglieder, die Leistungen der KFA in Anspruch nehmen, verbindlich. Die Krankenordnung und Änderungen sind im Internet auf der Homepage der KFA (www.kfa.co.at) kundzumachen.
- 2.** Den Mitgliedern im Sinne dieser Krankenordnung sind die anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 6 der Satzungen) gleichgestellt.
- 3.** Die KFA ist bestrebt, ihren Mitgliedern im Rahmen der satzungsmäßigen Leistungen alle Mittel zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zur Verfügung zu stellen. Zur Erreichung dieses Zieles wurden nicht nur Verträge über die ärztliche Betreuung der Mitglieder und ihre Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen usw. abgeschlossen, sondern auch eine Reihe von eigenen Einrichtungen geschaffen, in denen die Erkrankten nach modernsten wissenschaftlichen Methoden und Grundsätzen behandelt und betreut werden. Für die Beurteilung des Ausmaßes der zu erbringenden Leistungen sind ausschließlich ärztliche Gesichtspunkte maßgeblich. Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen auf Rechnung der KFA nicht angewendet werden.
- 4.** Anspruch auf Leistungen der KFA besteht, wenn der Leistungsfall während der Mitgliedschaft eingetreten ist oder die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Mitgliedschaft bereits bestanden hat. In beiden Fällen werden die Leistungen nach Maßgabe des § 9 der Satzungen auch über das Ende der Mitgliedschaft hinaus gewährt, soweit es sich um ein und denselben Leistungsfall handelt.
- 5.** Die Höhe des Tarifsatzes ergibt sich aus dem, mit den jeweiligen Interessenvertretungen über die Abgeltung von Leistungen der KFA Vertragspartner, abgeschlossenen Tarifvertrag. Gibt es keinen gültigen Tarifvertrag ist für die Höhe von Kostenersätzen durch die KFA, der zuletzt gültige Tarifvertrag maßgeblich.
- 6.** entfällt
- 7.** Die KFA behält sich vor, sich in einer ihr geeignet erscheinenden Form von der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der von ihr zu erbringenden Leistungen zu überzeugen und erbrachte Leistungen sowie die Richtigkeit und Angemessenheit erhobener Leistungsansprüche zu überprüfen. Wenn ein Mitglied der Einladung zu einer solchen Überprüfung unbegründet nicht Folge leistet, kann es zum Ersatz der Kosten für bereits in Anspruch genommene Leistungen herangezogen werden bzw. werden Leistungsansprüche vor Durchführung der angeordneten Überprüfung nicht erfüllt.
- 8.** Bei der Gewährung von Zuschüssen oder Vergütungen nach den Bestimmungen der Satzungen bzw. der Krankenordnung übernimmt die KFA auch die dem Mitglied angelastete Umsatzsteuer. Die übernommene Umsatzsteuer ist auf das in den Satzungen bzw. in der Krankenordnung festgesetzte Ausmaß der Leistungen nicht anzurechnen.
- 9.** In Ausnahmefällen können – abweichend von den Bestimmungen der Krankenordnung – im Rahmen der laufenden Geschäfte
 - a)** bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Umstände die Kosten von vertraglichen Leistungen bis zur tatsächlichen Höhe und von außervertraglichen Leistungen teilweise oder auch zur Gänze und
 - b)** Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung, für die es bei der KFA (noch) keinen Vertragstarif gibt, entweder mit dem Tarif vergleichbarer Einrichtungen oder – sofern es sich um Leistungen handelt, für die noch kein Tarif ausverhandelt wurde, mit einem in Einzelfall festzusetzenden Tarif

vergütet werden.

- 9 a.** Für zu Unrecht erbrachte Leistungen haften die Mitglieder nach Maßgabe des § 28 der Satzungen.

II. Ärztliche Hilfe

- 10.** Im Erkrankungsfall wird ausreichende und zweckmäßige ärztliche Hilfe gewährt. Sie erfolgt durch
 - a)** Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, sowie Vertragsgruppenpraxen,
 - b)** Wahlärzte/Wahlärztinnen, sowie Wahlgruppenpraxen,
 - c)** Ärzte/Ärztinnen in eigenen Einrichtungen der KFA (Ambulatorien).
- 11.** Die Wahl des Arztes/der Ärztin sowie der Gruppenpraxis ist freigestellt.

12. Die ärztliche Hilfe darf nur insoweit beansprucht werden, als dies durch die Art der Erkrankung bedingt ist. Wenn die Hilfeleistung des Arztes/der Ärztin in der Sprechstunde in Anspruch genommen werden kann, ist das Mitglied nicht berechtigt, den Besuch des Arztes/der Ärztin zu verlangen. Eine gleichzeitige Behandlung durch mehrere Ärzte/Ärztinnen, bzw. Gruppenpraxen ist unzulässig. Ausgenommen hiervon sind jene Fälle, in denen die Behandlung durch einen/eine Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin oder einer Gruppenpraxis unter zeitweiser Zuziehung eines Facharztes/einer Fachärztin erfolgt oder in denen ein zweiter Arzt/eine zweite Ärztin zum Zweck eines Konsiliums zugezogen wird.

13. Für ärztliche Behandlungen auf schriftlichem Weg sowie für ärztliche Gutachten und Zeugnisse, die nicht von der KFA verlangt werden, wird kein Ersatz geleistet. Kosten von Untersuchungen und sonstigen Leistungen, die auf Grund sanitätspolizeilicher Vorschriften oder für Zwecke amtlicher Stellen durchgeführt werden, übernimmt die KFA nur, wenn dies in gesetzlichen Vorschriften bestimmt ist.

14. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen für Dienstgeber werden von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, bzw. von Vertragsgruppenpraxen ohne Anrechnung einer Gebühr ausgestellt, wenn das Mitglied eine Drucksorte beibringt, in der nur die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzutragen ist.

15. Die KFA übernimmt keine Kosten für Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht der Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Kosmetische Behandlungen können gewährt werden, wenn sie der vollen Wiederherstellung der Dienstfähigkeit förderlich oder aus Berufsgründen notwendig sind.

16. Folgende Schutzimpfungen werden von der KFA vergütet:

- a) gegen Tollwut (nach Bissverletzungen),
- b) gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) im Verletzungsfall,
- c) gegen Diphtherie oder infektiöse Gelbsucht, wenn im betreffenden Haushalt unmittelbare Infektionsgefahr besteht und
- d) aktive Immunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- e) gegen Pneumokokken ab dem 50. Lebensjahr
- f) Gripeschutzimpfung ab dem 60. Lebensjahr, nur für selbstversicherte Pensionisten (gilt nicht für Angehörige),
- g) Impfung gegen Influenza mit dem Influenzapandemieimpfstoff, wenn und solange die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Influenzapandemie ausgerufen hat.

Die Rückvergütung der Kosten bei Schutzimpfungen gemäß lit. d. wird nach der Grundimmunisierung (3 Teilimpfungen) sowie nach jeder Auffrischungsimpfung gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises ausbezahlt. Die Rückvergütung der Kosten von Schutzimpfungen gem. lit. f wird gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises ausbezahlt. Die Höhe des Rückersatzes für Impfungen gem. lit. d bis f ist in der **Anlage 1** geregelt.

17. Bei Inanspruchnahme eines/einer Vertragsarztes/Vertragsärztin, bzw. einer Vertragsgruppenpraxis erfolgt die vertragsmäßige ärztliche Behandlung auf Rechnung der KFA. Vom Mitglied ist hierfür dem Arzt/der Ärztin, bzw. der Gruppenpraxis keine Bezahlung zu leisten, sondern dieser/diese verrechnet direkt mit der KFA.

17a. Wer im Inland Vertragsleistungen auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen will, hat dem Vertragspartner oder der eigenen Einrichtung der KFA die e-card oder den Ersatzbeleg (Pkt. 23c) vorzulegen. E-card und Ersatzbeleg dürfen der behandelnden Stelle erst unmittelbar vor der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Leistung übergeben und nicht beim Leistungserbringer hinterlegt werden. Näheres zu e-card und Ersatzbeleg regelt Abschnitt IIa dieser Krankenordnung.

17b. Die Anspruchsberechtigung wird mit der e-card nachgewiesen mittels Abfrage des Leistungsanspruches im elektronischen Verwaltungssystem ELSY. Der Anspruchsberechtigte hat dazu anlässlich jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners (einer eigenen Einrichtung) das Benützen der Karte zur Abfrage zuzulassen oder die entsprechenden Abfragen selbst einzuleiten.

17c. Kann der/die Anspruchsberechtigte weder die e-card noch einen gültigen Ersatzbeleg vorlegen, hat er/sie seine Versicherungsnummer anzugeben, seinen/ihren Leistungsanspruch gegen die KFA plausibel zu machen und die Richtigkeit seiner/ihrer Angaben durch eigenhändige Unterschrift zu bestätigen. Er/Sie hat damit zu rechnen, dass der Vertragspartner/die Vertragspartnerin einen angemessenen Geldbetrag als Sicherheit fordert, der bei späterer Vorlage der e-card und nach erfolgreicher Abfrage des Leistungsanspruches (Vorlage des Ersatzbeleges) vom Vertragspartner rückerstattet wird.

18. Für jene in der **Anlage 2** angeführten ärztliche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden ist die vorherige Genehmigung der KFA einzuholen.

18a. Die KFA stellt das elektronische Kommunikationsservice eKOS zur Abwicklung von Verordnungen (Zuweisungen) bzw. von Bewilligungsverfahren durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für folgende Leistungen bereit:

1. Computertomographie (Bewilligungspflicht bis 31.3.2023 ausgesetzt),
2. Humangenetische Untersuchungen,
3. Klinisch-psychologische Diagnostik,
4. Knochendichtemessung,
5. Magnetresonanztomographie (Bewilligungspflicht bis 31.3.2023 ausgesetzt),
6. Nuklearmedizinische Untersuchungen,
7. Röntgentherapien,
8. Röntgenuntersuchungen,
9. Sonographien.

19. Bei Behandlung durch einen/eine nicht im Vertrag stehenden Arzt/Ärztin, bzw. Gruppenpraxis (Wahlarzt/Wahlärztin, bzw. Wahlgruppenpraxis) hat das Mitglied den Arzt/die Ärztin, bzw. die Gruppenpraxis selbst zu honorieren. Die Rückvergütung erfolgt in diesem Fall in der Höhe der der KFA bei Inanspruchnahme eines/einer Vertragsarztes/Vertragsärztin, bzw. Vertragsgruppenpraxis erwachsenden Kosten. Eine Rückvergütung findet nicht statt, wenn es sich um einen/eine in einem Dienstverhältnis zur KFA stehenden Arzt/Ärztin handelt.

20. Voraussetzungen für die Rückvergütung (Kostenerstattung) an die/den Anspruchsberechtigte/n sind die Übermittlung der saldierten Honorarnote (Rechnung) an die KFA (das ist auch mittels Kopie, Fax oder Scan möglich) und das Feststehen der Identität der/des Anspruchsberechtigten; allenfalls erforderliche Behandlungsbewilligungen sind beizuschließen. Darüber hinaus hat die/der Anspruchsberechtigte schriftlich zu bestätigen, dass die Honorarnote ausschließlich bei der KFA zur Rückvergütung eingereicht wird und keine Rückvergütung/keine Kostenerstattung oder diesen gleichzuhaltende Leistungen bei Krankenversicherungsträgern, Sozialversicherungsträgern, Krankenfürsorgeanstalten oder vergleichbaren Einrichtungen beantragt oder in Anspruch genommen wurde/n. Auf Verlangen der KFA ist die saldierte Honorarnote im Original als Voraussetzung für die Rückvergütung vorzulegen. Die Honorarnote muss folgende Angaben enthalten:

1. Vorname und Familienname bzw. Nachname der/des Anspruchsberechtigten,
2. Versicherungsnummer,
3. bei Behandlung einer/eines Angehörigen außerdem die unter Z 1 bis 3 angeführten Personaldaten der/des Angehörigen,
4. die Zahlungsbestätigung, wobei stattdessen auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) übergeben werden kann (das ist auch mittels Kopie, Fax oder Scan möglich); liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann im begründeten Einzelfall die/der Anspruchsberechtigte die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
5. das Ausstellungsdatum,
6. genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen, und zwar
 - a) die Diagnose und Therapie,
 - b) die Zahl der Ordinationen, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- und Feiertagsordinationen und bei Sonn- und Feiertagsordinationen sowie Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
 - c) die Sonderleistungen,
7. das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit;

20a. Im Rahmen der Rückvergütung (Kostenerstattung) ist seitens der KFA eine Prüfung vorzunehmen, ob es sich bei der durchgeführten Behandlung (Therapie, Untersuchung, Eingriff usw.) um eine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn handelt. Ferner kann im Bedarfsfall eine Prüfung der Leistungszuständigkeit bzw. eine Prüfung,

welche Leistung(en) im konkreten Fall erbracht wurde(n), durch schriftliche oder telefonische Befragung von Mitgliedern/Patientinnen/Patienten erfolgen. Die KFA kann Mitglieder in diesem Zusammenhang zur Vorlage von Unterlagen (Krankengeschichten, Befunden usw.) unter Setzung einer hierfür angemessenen Frist auffordern. Bei Weigerung der Vorlage oder nicht fristgerechter Vorlage ist die KFA berechtigt, die Rückvergütung (Kostenerstattung) abzulehnen.

21. Sofern zur Vornahme ärztlicher Leistungen die vorherige Bewilligung der KFA erforderlich ist (**siehe Anlage 2**), gilt dies auch bei der Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, bzw. einer Wahlgruppenpraxis.

22. Die Inanspruchnahme eines/einer Facharztes/Fachärztin kann unmittelbar oder auf Zuweisung durch einen/eine Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin oder einen/eine Facharzt/Fachärztin eines anderen Fachgebietes oder durch eine Gruppenpraxis erfolgen. Fachärztinnen/Fachärzte und Gruppenpraxen der Fachgebiete Radiologie, Labordiagnostik sowie Pathologie können nur aufgrund einer ärztlichen Zuweisung in Anspruch genommen werden. Einer Berufung zu einem Hausbesuch auf Rechnung der KFA hat ein/eine Vertragsfacharzt/Vertragsfachärztin oder ein/eine Arzt/Ärztin einer Vertragsgruppenpraxis nur Folge zu leisten, wenn ein in seiner/ihrer Behandlung stehender Patient bettlägerig wird.

Ila. E-card und Europäische Krankenversicherungskarte

Wesen und Zweck der e-card

23. (1) Die e-card ist die Chipkarte des elektronischen Verwaltungssystems ELSY der österreichischen Sozialversicherung (§ 31a ASVG). Die e-card ist eine Schlüsselkarte. Sie ist für sich allein weder ein Nachweis für eine bestehende Mitgliedschaft noch für eine etwaige Anspruchsberechtigung. Die e-card selbst hat keine Gültigkeitsbegrenzung, sie muss beim Wechsel zwischen Krankenversicherungsträgern bzw. Krankenfürsorgeanstalten und in Zeiten ohne Krankenversicherungsschutz oder Anspruchsberechtigung nicht zurückgegeben oder eingetauscht werden. Einschränkungen der Verwendbarkeit einer Karte ergeben sich aus dieser Krankenordnung und werden von der KFA in ELSY vorgenommen.

-(2) Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten stellt die KFA fest,

- a) ob eine als solche bezeichnete Chipkarte tatsächlich eine e-card ist,
- b) ob die für die Sozialversicherung (Krankenfürsorge) bedeutsamen Funktionen der Karte entsprechend den dafür vorgesehenen technischen Spezifikationen funktionsfähig sind,
- c) welche Informationen auf dem Chip der e-card für die Verwendung im Rahmen von ELSY gespeichert sind, soweit dadurch nicht die Verwendbarkeit der e-card (z. B. durch das Zugänglichwerden von Signaturerstellungsdaten [§ 2 Z 4 SignaturG], privater Schlüssel) beeinträchtigt wird.

Ausstellen der e-card

23a. (1) Die KFA stellt die e-card zu Beginn der Anspruchsberechtigung in der Krankenversicherung von Amts wegen auf Basis der ihr bekannten Daten aus, wenn und sobald eine Versicherungsnummer vergeben ist, und sofern der Anspruchsberechtigte die e-card nicht bereits erhalten hat.

(2) Wer eine e-card nicht bereits nach Abs. 1 erhält, erhält sie auf Antrag. Zur Identitätsfeststellung in Zweifelsfällen hat er auf Aufforderung durch die KFA Personenstandsurkunden, amtliche Ausweise oder sonstige Unterlagen vorzulegen, aus denen folgende Angaben hervorgehen:

- a) Vornamen und Familiennamen,
- b) Geschlecht,
- c) Geburtsdatum (zumindest Geburtsjahr),
- d) Geburtsort und, wenn dieser im Inland gelegen ist, das Bundesland, wenn er im Ausland gelegen ist, der Staat, in dem sich dieser Ort befindet,
- e) Staatsangehörigkeit,
- f) Wohnsitz, mangels Wohnsitz die Zustelladresse,
- g) Angaben, die nach den Regeln über das Ergänzungsregister für natürliche Personen für Eintragungen in dieses Register notwendig sind (§ 6 Abs. 4 iVm § 10 Abs. 2 E-GovG) und/oder für die Vergabe eines bereichsspezifischen Personenkennzeichens (§ 30c Abs. 1 ASVG) notwendig sind, einschließlich der Adresse, die dem Ergänzungsregister gegenüber angegeben wird,

- h) bei Fremden: Art, Nummer, Ausstellungsbehörde und Ausstellungsdatum eines Reisedokumentes oder eines anderen amtlichen Dokumentes, mit Hilfe dessen die in lit. a bis e angeführten Identitätsdaten bestätigt werden können.

Bei Unklarheiten nimmt die KFA das Klärungsverfahren nach § 14 Abs. 2 Meldegesetz 1991 in Anspruch oder stellt den Sachverhalt durch andere Beweismittel fest.

(3) Der/die Anspruchsberechtigte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass die e-card in allen optisch lesbaren Teilen richtig ausgefüllt ist. Fehler und Unstimmigkeiten (z. B. bei der Schreibweise von Namen, Titeln oder bei der Versicherungsnummer) sind unverzüglich mit der KFA zu klären.

Namenschreibweise und Geburtsdatumsangaben richten sich nach den für die Kartenausstellung bestehenden technischen und rechtlichen Möglichkeiten, insbesondere was die Schreibweise von Sonderzeichen und die Geburtsdatumsangaben (§ 358 Abs. 3 ASVG) betrifft. Es liegt kein Fehler vor, wenn Abweichungen in der Schreibweise oder die unvollständige Wiedergabe auf die Zeichensätze oder Datenfeldlängen zurückzuführen sind, welche für die Karten verwendet werden.

- (4) Die KFA stellt der/dem Anspruchsberechtigten eine neue Karte aus,
- a) falls Personenstandsdaten geändert worden sind;
 - b) falls eine Karte abhandengekommen ist;
 - c) falls dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist;
 - d) falls sich eine Kartensperre nach Pkt. 23h Abs. 1 lit. c oder d als nicht mehr erforderlich erweist.

(5) Wer älter als 14 Jahre ist, hat die Karte auf dem Unterschriftenfeld mit der eigenhändigen Unterschrift zu versehen. Karten von Personen, für die im Bereich der medizinischen Behandlung auf Dauer eine Erwachsenenvertretung oder eine sonstige Vertretung bestellt ist, sind von der Erwachsenenvertreterin/dem Erwachsenenvertreter oder dem Vertreter/der Vertreterin zu unterschreiben.

(6) Ab Vollendung des 14. Lebensjahres hat der/die Anspruchsberechtigte ein Lichtbild, das den Kriterien eines Reisepasses entspricht, beizubringen, sofern dieses nicht in den Beständen gemäß § 31a Abs. 8 ASVG idF BGBl. I Nr. 23/2019 vorhanden ist. Das Lichtbild ist persönlich abzugeben und die e-card, die Sozialversicherungsnummer, ein amtlicher Lichtbildausweis, sowie der Staatsbürgerschaftsnachweis bzw. ein Reisedokument im Original vorzulegen.

(7) Die Verpflichtung gem Abs. 6 gilt nicht für Personen, die bis 31. Dezember 2031 im Jahr der Ausgabe einer e-card das 70. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, sowie Personen, denen die Beibringung des Lichtbildes aus besonders schwerwiegenden, insbesondere gesundheitlichen Gründen im Einzelfall nicht zumutbar ist. Vom Erfordernis der Beibringung eines Lichtbildes kann aus weiteren berücksichtigungswürdigen Gründen abgesehen werden. In diesem Falle wird ein Ersatzbeleg gemäß Punkt 23c. ausgestellt.

23b. entfällt

E-card-Ersatzbeleg

23c. Kann eine e-card auf Grund von Pkt. 23a Abs. 1 und 2 nicht ausgestellt werden oder im Falle, dass bei Erstausstellung oder Tausch einer e-card kein Lichtbild des/der Anspruchsberechtigten vorhanden ist und keine Ausnahmegestimmung betreffend Anbringen eines Lichtbildes auf der e-card erfüllt ist erhält der/die Anspruchsberechtigte von der KFA auf Antrag einen e-card-Ersatzbeleg. Die KFA behält sich Einschränkungen der Gültigkeit dieses Beleges vor. Kann die e-card aus den Gründen des Pkt. 23h nicht verwendet werden, wird der e-card-Ersatzbeleg nicht ausgestellt.

Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

(European Health Insurance Card – EHIC)

23d. (1) Die EKVK dient zur Dokumentation von Leistungsansprüchen im Sinn des Pktes.112 Abs.1 lit.a. Die EKVK wird von der KFA ausgestellt durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card. Pkt. 23a gilt sinngemäß.

(2) Die EKVK wird ausgestellt mit einer Gültigkeitsdauer

1. von zehn Jahren für Personen ab dem 60. Lebensjahr, die
 - a) eine Leistung aus der Pensionsversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen und
 - b) wegen des Leistungsbezuges nach lit. a bei der KFA anspruchsberechtigt sind,
 - c) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre sowie
 - d) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung oder in einer Krankenfürsorgeanstalt versichert bzw. anspruchsberechtigt waren,
2. von fünf Jahren für Personen, die
 - a) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre und
 - b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung oder in einer Krankenfürsorgeanstalt versichert bzw. anspruchsberechtigt waren,
3. von einem Jahr für Personen, die
 - a) in den letzten fünf Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens ein Jahr und
 - b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung oder in einer Krankenfürsorgeanstalt versichert bzw. anspruchsberechtigt waren,
4. für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu diesem Zeitpunkt, jedoch mindestens auf 5 Jahre.

(3) Für die Berechnung der Zeit, die nach Abs. 2 vor der Ausstellung der EKVK vorhanden sein muss, werden alle Zeiten (Wartezeiten, Vorversicherungszeiten, Zeiten der Angehörigeneigenschaft) herangezogen, die nach den jeweils geltenden österreichischen oder zwischenstaatlichen Rechtsvorschriften für das Entstehen von Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung bzw. in der KFA anzurechnen sind.

(4) Eine EKVK wird erst dann gegen eine solche mit längerer Gültigkeitsdauer ausgetauscht, wenn sie nur mehr kürzer als ein Jahr gültig ist.

EKVK-Ersatzbescheinigung

23e. (1) Die KFA stellt die „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die EKVK“ im Sinn der Vorschriften der Europäischen Union auf Antrag für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes, höchstens aber für sechs Monate aus

- a) in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann, oder
- b) auf ausdrücklichen und sachlich begründeten Wunsch des Anspruchsberechtigten zusätzlich zu einer gültigen EKVK, oder
- c) wenn eine EKVK gemäß Pkt. 23d Abs. 1 bis 3 nicht ausgestellt werden darf.

(2) Die KFA kann die Bescheinigung gemäß Abs. 1 für die Dauer von höchstens einem Jahr ausstellen, wenn im Einzelfall ein längerer Bedarf als in Abs. 1 nachgewiesen wird.

Umgang mit e-card und EKVK

23f. (1) Kartenkörper, Chip, Aufdruck und EDV-Programme der e-card bzw. der EKVK (Kartenhardware) werden dem Anspruchsberechtigten zur Benützung überlassen und sind als Eigentum der KFA zu behandeln. E-card, e-card-Ersatzbeleg, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung und Bestandteile einer e-card (Chip, aufgebrachte Signaturschlüssel, Zertifikate usw.) sind wie Bargeld, Kreditkarten oder andere unbare Zahlungsmittel zu verwahren. Sie dürfen nicht an andere Personen weitergegeben werden, ausgenommen jene Daten, für welche dies ausdrücklich vorgesehen ist (z. B. öffentliche Signaturschlüssel).

(2) E-card und EKVK sind so zu behandeln, dass eine Beschädigung der Kartenoberfläche oder des integrierten Chips sowie ein Unkenntlichwerden der schriftlichen Inhalte vermieden werden. Insbesondere darf die Karte

1. nicht gebogen werden,
2. nicht so umgestaltet werden (z. B. durch Aufkleber), dass ursprüngliche Eintragungen oder der Inhalt des Chips unlesbar wird,

3. nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig solchen mechanischen, elektromagnetischen und chemischen Einwirkungen ausgesetzt werden, durch welche die Verwendbarkeit der Karte eingeschränkt würde (z. B. durch Lagerung unter dem Gefrierpunkt, in direkter Sonneneinstrahlung, großer Hitze oder einem Magnetfeld). Blinde und schwer sehbehinderte Personen haben allerdings das Recht, ihre e-card an der dem Chip gegenüberliegenden rechten äußeren Kante durch kleine Einkerbungen, welche die Lesbarkeit der Karte auf der Rückseite nicht beeinträchtigen, individuell zu kennzeichnen.

(3) Eintragungen auf der e-card, der EKVK, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder dem e-card-Ersatzbeleg, gleichgültig, ob sie optisch lesbar (aufgedruckt) sind, oder ob sie sich auf dem Teil des Chips der e-card befinden, welcher für Sozialversicherungszwecke vorgesehen ist, dürfen ohne Zustimmung der KFA nicht verändert werden, ausgenommen Eintragungen, die im Rahmen der Aufbringung von Zertifikaten durch einen Zertifizierungsdienstanbieter oder dessen Beauftragte erfolgen (Pkt. 23 Abs. 2). Eine e-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder ein e-card-Ersatzbeleg wird durch andere Veränderungen ungültig.

Melde- und Auskunftspflichten

23g. (1) Der Besitzer/Die Besitzerin einer e-card (EKVK) hat der KFA zu melden:

- a) Änderungen des Namens (z. B. wegen Eheschließung, eingetragene Partnerschaft, Scheidung, Namenswechsel) und behördliche Änderungen beim Geburtsdatum, die nicht in das Zentrale Personenstandsregister (§ 44 PStG) eingetragen werden, und zwar innerhalb eines Monats. Der/Die Anspruchsberechtigte hat jedoch der KFA auf Verlangen nähere Auskünfte darüber zu geben und Urkunden vorzulegen.
- b) Das Abhandenkommen der e-card oder EKVK und zwar unverzüglich und wenn möglich unter Angabe von Grund (z. B. Verlust, Diebstahl), Zeitpunkt und Ort des Geschehens.

(2) Meldungen eine e-card oder eine EKVK betreffend müssen die Karte näher bezeichnen (z. B. durch Angabe der Versicherungsnummer und des Namens). Die Meldung ist einzubringen mündlich, per E-Mail oder Telefax bei der KFA.

Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung

23h. (1) Die KFA beschränkt die Schlüsselfunktion der e-card in ELSY und/oder im für Sozialversicherungszwecke vorgesehenen Bereich des Chips der e-card ganz oder teilweise (Kartensperre),

- a) falls die Karte auf Grund des Sachverhalts auf Dauer oder auf unbestimmte Zeit nicht mehr berechtigt verwendet werden kann (z. B. bei Tod des Anspruchsberechtigten),
- b) im Fall einer Meldung nach Pkt. 23g Abs. 1 lit. b oder falls die KFA die Karte aus anderen Gründen durch eine andere ersetzt (Pkt. 23a Abs. 4, Pkt. 23e.Abs. 1),
- c) bei Verdacht auf unerlaubte Änderungen (Pkt. 23f Abs. 3),
- d) bei Verdacht auf unrechtmäßige Verwendung.

(2) Die Sperre gilt für den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung ab Kenntnis des maßgeblichen Sachverhalts auf Dauer. Sie wird ohne Vorankündigung und unabhängig davon verhängt,

- a) ob ein aktueller Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht und
- b) auf welche Dauer eine auf der Rückseite der e-card vorhandene EKVK ausgestellt ist.

Die Sperre verändert einen bestehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht. In den Fällen des Abs. 1 lit. c und d verständigt die KFA den Betroffenen/die Betroffene von der Sperre und deren Begründung und gibt ihm Gelegenheit zur Aufklärung des Sachverhalts.

(3) Der Inhaber/Die Inhaberin einer EKVK oder einer gesperrten e-card hat diese unabhängig vom Grund der Sperre oder der Verwendbarkeitseinschränkung der KFA zu überlassen, wenn sie dies verlangt. In den Fällen des Abs. 1 lit. c und d wird eine e-card (EKVK), die in den Einflussbereich der KFA gelangt, ohne Vorankündigung eingezogen.

(4) Eine e-card, die auf Dauer nicht mehr benötigt wird (insbesondere aus den Gründen des Abs. 1 lit. a), kann der KFA übermittelt oder vernichtet werden. Möchte der/die Anspruchsberechtigte die e-card (EKVK) keinesfalls verwenden, hat er/sie die e-card der KFA mit einem ausdrücklichen Verzicht auf die weitere Ausstellung zu übermitteln.

III. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

24. Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche Behandlung durch freiberuflich tätige Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, Logopäden/ Logopädinnen und Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen;
2. eine aufgrund ärztlicher Verschreibung oder Zuweisung durch einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin erforderliche diagnostische Leistung eines/einer selbständig tätigen klinischen Psychologen/ klinischen Psychologin;
3. eine Behandlung durch einen selbständig tätigen Psychotherapeuten/eine selbständig tätige Psychotherapeutin, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat. Die Höhe des Zuschusses pro Einzelsitzung wird in der **Anlage 1** festgesetzt.

25. Im Übrigen wird auf die Bestimmungen des II. Abschnittes verwiesen, die sinngemäß gelten.

IV. Heilmittel

26. Die für die Behandlung einer Krankheit notwendigen Heilmittel können auf Grund ärztlicher Verschreibung in den öffentlichen Apotheken oder in den Hausapotheken der zur Führung von solchen berechtigten Ärzten/Ärztinnen bezogen werden. Die Auswahl der zu verschreibenden Heilmittel trifft ausschließlich der/die behandelnde Arzt/Ärztin.

27. Bei der Verschreibung von Heilmitteln sind die Erfordernisse einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Krankenbehandlung, insbesondere die jeweils geltenden Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln zu beachten. Heilmittel, deren Bezug nach diesen Richtlinien an die vorherige Genehmigung der KFA (siehe **Anlage 2**) gebunden ist, können dann auf Rechnung der KFA bezogen werden, wenn ihre Zustimmung (chefärztliche Bewilligung) eingeholt und auf dem Rezeptvordruck vermerkt ist. Bei Außerachtlassung dieser Bestimmungen kann - ausgenommen in Fällen nachgewiesener Dringlichkeit (Gefahr im Verzug) - die Übernahme der Kosten abgelehnt werden.

28. Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, bzw. Ärzte/Ärztinnen einer Vertragsgruppenpraxis und Ärzte/Ärztinnen in eigenen Einrichtungen der KFA verschreiben Heilmittel auf den von der KFA zur Verfügung gestellten Rezeptformularen unter Beifügung des Ausstellungsdatums, der Unterschrift des Arztes/der Ärztin und der Stampiglie des Arztes/der Ärztin, bzw. der Gruppenpraxis. Der Kopf des Rezeptvordruckes ist vom Mitglied vollständig und deutlich auszufüllen.

29. Werden Heilmittel von einem/einer nicht im Vertrag stehenden Arzt/Ärztin, bzw. Gruppenpraxis (Wahlarzt/ärztin, bzw. Wahlgruppenpraxis) verschrieben, ist deren Bezug auf Rechnung der KFA nur möglich, wenn das Rezept vor Einlösung zur Bestätigung der Anspruchsberechtigung in der KFA eingereicht wird.

30. Bei Bezug von Heilmitteln auf Rechnung der KFA ist für jede Packung die vom Vorstand gemäß § 34 der Satzungen festgesetzte Rezeptgebühr an die Apotheke (Hausapotheke) bar zu entrichten. Die Höhe der Rezeptgebühr ist in der **Anlage 1** festgesetzt.

Von der Entrichtung der Rezeptgebühr sind befreit:

- a) Bezieher von Ergänzungszulagen zum Ruhe- oder Versorgungsgenuss (§ 30 der Pensionsordnung 1995) und Bezieher einer Ausgleichszulage (Vierter Teil Abschnitt V ASVG).
- b) Inhaber von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz und Inhaber eines Opferausweises.
- c) Auf Ansuchen eines Mitgliedes kann auch in anderen Fällen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit von der Einhebung der Rezeptgebühr abgesehen bzw. die eingehobene Rezeptgebühr rückerstattet werden.
- d) Es ist eine Obergrenze für die Rezeptgebühr vorzusehen; diese ist ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen mit zwei Prozent am jährlichen Nettoeinkommen des Mitgliedes für das Mitglied und seine anspruchsberechtigten Angehörigen zu bemessen, § 31 (5) Z. 16 ASVG ist dabei sinngemäß anzuwenden. Vom Büro der KFA ist eine entsprechende Richtlinie zu erlassen.

31. Für ein nicht auf Rechnung der KFA bezogenes Heilmittel erfolgt die Rückvergütung in Höhe der der KFA bei Bezug des Heilmittels auf ihre Rechnung erwachsenden Kosten, abzüglich der vom Mitglied zu leistenden Rezeptgebühr.

32. Die Rückvergütung ist an die fristgerechte Vorlage der ärztlichen Verschreibung gebunden, die mit der Bezugs- und Zahlungsbestätigung der Apotheke (Hausapotheke) versehen sein muss. Die sonstigen Bestimmungen über den Bezug von Heilmitteln auf Rechnung der KFA gelten sinngemäß.

33. Dauerverschreibungen von Heilmitteln sind genehmigungspflichtig und können für maximal sechs Monate gewährt werden.

34. Unbeschadet einer nach der Spezialitätenordnung ausgesprochenen Zulassung zum Apothekenverkehr bzw. Registrierung dürfen auf Rechnung der KFA insbesondere **nicht** verschrieben oder bezogen werden:

- a) Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen;
- b) natürliche Mineralwässer und Mineralquellenprodukte;
- c) Brausesalze;
- d) Diät, Nähr- und Kräftigungsmittel bestimmter Art;
- e) Mittel zur Körperpflege aller Art (Kosmetika);
- f) Mittel zur Krankenpflege;
- g) Badezusätze

V. Heilbehelfe

35. Notwendige Heilbehelfe werden auf Grund ärztlicher/fachärztlicher Verschreibung gewährt. Für ihren Bezug ist die vorherige Genehmigung der KFA (siehe **Anlage 2**) erforderlich. Heilbehelfe, aufgrund besonderer beruflicher Erfordernisse (z.B. Computerbrillen), sind keine Leistungen der Krankenfürsorgeanstalt.

36. (1) Folgende Heilbehelfe können ohne vorherige Genehmigung der KFA bezogen werden:

- a) Sehbehelfe (ausgenommen Trifokalbrillen, Kontaktgläser, geschliffene Farbgläser, Sonnenschutzbrillen und Vorhänger);
- b) Schuheinlagen (ausgenommen die orthopädische Ausgestaltung von Schuhen), Winkelhebeleinlagen;
- c) Bauch-(Umstands-)Mieder, Bruchbänder, Suspensorien, Vorfalbandagen;
- d) Achterschleifen, Hallux-valgus-Nachtschienen, Luxationsgürtel für Kinder, Pawlikzüge aus Gurten, Spreizkissen, Gummistrümpfe, elastische Binden, Rippenbruchgürtel;
- e) Colostomiesäckchen, Colostomiebeutel, Urinbeutel;
- f) Brustprothesen.

(2) Bei vorzeitigem Bezug eines Heilbehelfes, der unter lit. a) –f) fällt, ist eine Bewilligung der KFA erforderlich.

37. Die Beistellung von Heilbehelfen erfolgt in einfacher, zweckentsprechender Ausführung durch Vertragslieferanten oder nicht vertraglich bestellte Lieferanten.

38. Für Heilbehelfe wird eine Kostenbeteiligung gemäß § 34 der Satzungen eingehoben. Sie beträgt 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes, mindestens jedoch 20 Prozent der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) (**siehe Anlage 1**). Für ständig benötigte Heilbehelfe, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt die Kostenbeteiligung abweichend von den Bestimmungen des 2.Satzes 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes. Die Kostenbeteiligung ist beim Bezug durch einen Vertragslieferanten direkt an die Lieferfirma zu entrichten. Von der Entrichtung dieser Kostenbeteiligung sind befreit:

- a) Mitglieder und Angehörige, die das 15.Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl.Nr. 376, besteht;
- b) Mitglieder, die gemäß Pkt.30 a), b) oder c) der Krankenordnung von der Rezeptgebühr befreit sind bzw. denen eine Befreiung von der Rezeptgebühr bewilligt wurde.

Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit kann überdies auf Ansuchen des Mitglieds von der Einhebung der Kostenbeteiligung abgesehen werden.

39. Werden Heilbehelfe bei einem nicht vertraglich bestellten Lieferanten bezogen, vergütet die KFA nach Abzug der Kostenbeteiligung jenen Betrag, den sie bei Inanspruchnahme eines Vertragslieferanten aufzuwenden gehabt hätte.

40. Das Ausmaß der Kosten für den Bezug von Heilbehelfen darf bei Körperersatzstücken und Krankenfahrstühlen das 25fache und bei Windeln und Kontaktlinsen das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) (siehe **Anlage 1**), ansonsten das 10fache der Höchstbeitragsgrundlage (siehe **Anlage 1**) nicht übersteigen. Beim Bezug von Heilbehelfen, für die kein Tarifsatz vereinbart ist, ist Punkt 37 zu berücksichtigen.

41. Heilbehelfe, die nur vorübergehend gebraucht werden und nach ihrer Art ohne gesundheitliche Gefahren von mehreren Personen benützt werden können, werden leihweise und auf bestimmte Zeit zur Verfügung gestellt. Sie sind pünktlich und in sauberem und unbeschädigtem Zustand zurückzustellen oder zum jeweiligen Anschaffungspreis zu ersetzen.

42. Für die nachstehend angeführten Heilbehelfe wird folgende durchschnittliche Gebrauchsdauer festgesetzt:

Augenprothesen	1 Jahr
Hörapparate	5 Jahre
Orthopädische Schuhe	2 Jahre
Chirurgische Bandagen	2 Jahre
Orthopädische Hilfsmittel	2 Jahre
Schuheinlagen	1 Jahr
Ober- und Unterarmprothesen	5 Jahre
Ober- und Unterschenkelprothesen	5 Jahre
Sehbehelfe bei gleichbleibender Sehschärfe ..	2 Jahre

43. Für sonstige Heilbehelfe wird die Gebrauchsdauer unter Bedachtnahme auf die Abnutzung bei ordnungsgemäßen Gebrauch sowie auf die Art des Heilbehelfes und den Zustand des/der Erkrankten im Einzelfall festgesetzt.

44. Wenn aus einer ärztlichen Begründung hervorgeht, dass ein Heilbehelf den Bedürfnissen nicht mehr entspricht, werden die Kosten für die Wiederanschaffung auch innerhalb eines kürzeren Zeitraumes übernommen.

45. Für beschädigte oder in Verlust geratene Heilbehelfe wird kein Ersatz geleistet, wenn die Beschädigung oder der Verlust auf eigenes Verschulden zurückzuführen sind.

VI. Anstaltspflege

46. An Stelle der ärztlichen Hilfe und Gewährung von Heilmitteln wird Pflege in einer Krankenanstalt gewährt, wenn und solange die Art der Krankheit dies erfordert oder die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.

47. Die Mitglieder sind verpflichtet, sich einer Anstaltspflege zu unterziehen, wenn

- a) die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege erfordert, die bei häuslicher Pflege nicht gewährt ist;
- b) das Verhalten oder der Zustand des/der Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
- c) es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Kommt ein Mitglied dieser Verpflichtung nicht nach, kann die Übernahme der Kosten der Krankenbehandlung abgelehnt werden.

48. Bei Asylierungsfällen, das sind Fälle, in denen die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist, werden die Kosten bis zur Dauer von 28 Tagen übernommen.

49. Bei Inanspruchnahme von Anstaltspflege ist die vorherige Genehmigung der KFA nicht erforderlich.

50. Bei Anstaltspflege in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt werden die Kosten bis zur Höhe des Pflegegebührenersatzes in der allgemeinen Gebührenklasse dieser Anstalt übernommen.

51. Bei Unterbringung in einer nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt werden die Kosten bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Pflegegebührenersatzes vergütet.

52. Bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt gemäß Punkt 51 werden Entgelte für ärztliche Leistungen in operativen Fällen bis zur Höhe des Operationstarifes für Vertragsärztinnen/Vertragsärzten vergütet.

53. Für Besuche eines/einer Privatarztes/ärztin während der Unterbringung in einer öffentlichen Krankenanstalt wird keine Vergütung geleistet.

54. Die Kosten der Mitnahme von Begleitpersonen werden nicht übernommen. Wird ein kranker Säugling mit der Mutter oder eine kranke Mutter gemeinsam mit ihrem Säugling in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt untergebracht, werden die Kosten nur für eine Person getragen.

55. Für Aufenthalte in einer Trinkerheilstätte oder Anstalt zur Entwöhnung von Suchtgiften können die Kosten auf vertrauensärztlichen Antrag übernommen werden.

56. Bei Anstaltspflege im Sanatorium Hera ist von Patienten/innen, die keine Aufzahlung leisten, analog den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes eine Kostenbeteiligung in der jeweiligen Höhe - **siehe Anlage 1** - täglich, zu leisten. Dieser Betrag ist pro Kalenderjahr für höchstens 28 Kalendertage zu entrichten.

Von der Entrichtung des Kostenbeitrages sind Inhaber/innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz, Inhaber/innen eines Opferausweises und jene Mitglieder, die von der Rezeptgebühr befreit sind, ausgenommen. Außerdem kann auf Ansuchen eines Mitgliedes bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit von der Einhebung des Kostenbeitrages abgesehen, bzw. der eingehobene Kostenbeitrag rückerstattet werden.

VII. Transportkosten

57. Bei Anstaltspflege werden die notwendigen Kosten der Beförderung zur bzw. von der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt übernommen, wenn es der körperliche Zustand des/der Erkrankten erfordert. Die Kosten der Überführung von einer Krankenanstalt in eine andere werden dann übernommen, wenn die Überführung ärztlicherseits aus Gründen der Behandlung als notwendig anerkannt wird. Darüber hinaus bestehen Bewilligungspflichten in den gemäß **Anlage 2**, Pkt 4. aufgezählten Fällen.

58. Für Interventionen des Rettungsdienstes und ähnlicher Einrichtungen können die Kosten auf vertrauensärztlichen Antrag auch dann übernommen werden, wenn keine Spitalsaufnahme erfolgt ist.

59. Bergungskosten und Kosten der Beförderung bis ins Tal bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik werden nicht übernommen.

VIII. Medizinische Hauskrankenpflege

60. Anstelle von Anstaltspflege wird medizinische Hauskrankenpflege gewährt, wenn und solange es die Krankheit zulässt; ist die Möglichkeit der medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben, kann auch Anstaltspflege gewährt werden.

61. Die Kosten der medizinischen Hauskrankenpflege werden von der KFA nur übernommen, wenn die Pflege auf ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht durch freiberufliche oder im Rahmen von Einrichtungen, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben, tätige Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, erbracht wird.

62. Die Kosten einer länger als vier Wochen dauernden medizinischen Hauskrankenpflege werden nur nach Maßgabe einer vorher einzuholenden Bewilligung der KFA übernommen, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert.

63. Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen (z.B. Verabreichung von Injektionen, Sonderernährung, Dekubitusversorgung), nicht aber die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des/der Kranken.

64. Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der/die Patient/in in einem Heim für Genesende, in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht ist.

IX. Leistungen bei Mutterschaft

65. Die Vergütung des Hebammenbeistandes erfolgt bei Hausentbindungen nach den geltenden Tarifsätzen. Bei Entbindung in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt (Entbindungsanstalt und dergleichen) auf Rechnung der KFA wird der Hebammenbeistand dann vergütet, wenn er durch eine frei praktizierende Hebamme geleistet wird und in der betreffenden Anstalt keine Anstaltshebamme vorhanden ist.
66. Bei geburtsärztlichem Beistand werden nur die ausschließlich dem Arzt vorbehaltenen Hilfeleistungen vergütet. Bei normalen Entbindungen besteht kein Anspruch auf Vergütung für Arzthilfe.
67. Heilmittel und Heilbehelfe werden nach Maßgabe der Bestimmungen der Abschnitte IV und V gewährt.
68. Bei normalem Verlauf der Geburt werden die Kosten der Anstaltspflege höchstens bis zur Dauer von zehn Tagen übernommen. In der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Kranken-(Entbindungs-)Anstalt erfolgt die Anstaltspflege auf Rechnung der KFA. Bei Unterbringung in einer privaten Kranken-(Entbindungs-) Anstalt gelten die Bestimmungen des Punktes 51.
69. Das Sonderwochengeld wird als einmalige Leistung gewährt, die Höhe ist in der **Anlage 1** festgesetzt.
70. Im Falle des Selbststillens während der 9. bis 12. Lebenswoche gebührt eine tägliche Stillprämie. Die Gewährung der Stillprämie ist an die Vorlage einer Stillbestätigung gebunden. Die Höhe der Stillprämie ist in der **Anlage 1** festgesetzt.
71. Die Höhe des Geburtenbeitrages ist in der **Anlage 1** festgelegt.
72. Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder innerhalb von acht Wochen danach, werden das Wochengeld und der Geburtenbeitrag an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.
73. Der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen ist unter Vorlage eines standesamtlichen Geburtsnachweises geltend zu machen. Fehlgeburt (Abortus) gilt als Krankheit, die bloß den Anspruch auf Krankenbehandlung begründet.

X. Leistungen bei Todesfall

74. Beim Tod eines Mitgliedes oder eines anspruchsberechtigten Angehörigen gebührt nach Maßgabe der Bestimmungen des § 22 der Satzungen ein Bestattungskostenbeitrag, ebenfalls im Falle einer Totgeburt, die Höhe ist in der **Anlage 1** festgesetzt.
75. Der Anspruch auf den Bestattungskostenbeitrag ist unter Vorlage der Sterbeurkunde des Standesamtes geltend zu machen. Wird der Anspruch nicht von einem anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 6 der Satzungen) erhoben, ist überdies die Vorlage einer auf den Namen des Anspruchswerbers lautenden saldierten Rechnung erforderlich.
76. Bei Durchführung der Bestattung durch die Wiener Stadtwerke - Städtische Bestattung erfolgt die Verrechnung des Bestattungskostenbeitrages direkt mit dieser.

XI. Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche

77. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische und konservierende Zahnbehandlung im notwendigen Ausmaß sowie Kieferregulierungen in Betracht. Außerdem wird der unentbehrliche Zahnersatz gewährt, um Gesundheitsstörungen (insbesondere Schädigung der Verdauungsorgane) oder Störungen der Berufsfähigkeit (Behinderung des Sprechens) hintanzuhalten. Ein lediglich aus kosmetischen Gründen vorgenommener Zahnersatz wird nicht vergütet. Alle Leistungen werden in einwandfreiem Material und zweckentsprechender Ausführung erbracht.
78. Bei Leistungen, die in den Honorartarifen enthalten sind, dürfen von Vertragszahnärzten/ärztinnen bzw. Dentisten/Dentistinnen, bzw. Vertragsgruppenpraxen private Aufzahlungen, auch für sogenanntes besseres Material, nicht verlangt werden. Leistungen, die der Patient/die Patientin über die Vertragsleistung hinaus wünscht, sind auch vom Vertragsbehandler/von der Vertragsbehandlerin mit dem Patienten/der Patientin privat zu verrechnen.
79. Die Bestimmungen des Abschnittes II über die Inanspruchnahme von Vertragsärzten/ärztinnen, Wahlärzten/ärztinnen, Vertragsgruppenpraxen bzw. Wahlgruppenpraxen und Ärzten/Ärztinnen in Einrichtungen der KFA (Ambulatorien) finden auf Zahnbehandler/innen (Fachärzte/ärztinnen für Zahnheilkunde, approbierte Zahnärzte/ärztinnen, Dentis-

ten/Dentistinnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Befugnisse) sinngemäß Anwendung. Die Rückvergütung bei Inanspruchnahme eines Wahlbehandlers/einer Wahlbehandlerin richtet sich nach den Sätzen des zwischen dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer, Bundesfachgruppe Zahnheilkunde, sowie der Österreichischen Dentistenkammer abgeschlossenen konservierend-chirurgischen und prothetischen Honorartarifes (bundeseinheitlicher Tarif).

80. Hausbesuche werden nur honoriert, wenn der/die Patient/in infolge seines/ihrer Zustandes nicht ausgehändig ist und die Notwendigkeit des Hausbesuches vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin festgestellt wird.

81. Die chirurgische Zahnbehandlung umfasst

- a) die Entfernung von Zähnen und Zahnwurzeln;
- b) operative Eingriffe.

82. Gegenstand der konservierenden Zahnbehandlung sind insbesondere

- a) Untersuchungen des Zustandes der Zähne und des Mundes;
- b) Zahnfüllungen;
- c) Wurzelbehandlungen;
- d) Behandlung von Mundkrankheiten;
- e) Zahnsteinentfernung.

83. Für Kieferregulierungen ist die vorherige Genehmigung der KFA einzuholen. Diese wird erteilt, wenn die Behandlung zur Verhütung von Gesundheitsschäden oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig ist.

84. Eine Kostenbeteiligung sowie die Behandlungsbedürftigkeit, die geeignete zahnmedizinische Versorgung und die Qualitätsanforderungen für die Erbringung der Leistung werden - unter sinngemäßer Anwendung der für die Krankenkassen geltenden Bestimmungen - in einer vom Büro zu erlassenden Richtlinie geregelt.

85. Bei Zahnersatzarbeiten ist, abgesehen von dringenden Reparaturen, die vorherige Genehmigung der KFA einzuholen.

86. Für Zahnersatzarbeiten wird eine Kostenbeteiligung gemäß § 34 der Satzungen eingehoben. Sie beträgt im Allgemeinen 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes, bei skelettierten Metallprothesen sowie bei Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes.

87. Für Kronen, soweit sie nicht unter Punkt 86 fallen, Stiftzähne, Brücken und medizinisch notwendige Implantate leistet die KFA Zuschüsse. Die Höhe des Zuschusses pro Einheit unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung gemäß § 34 ist in der **Anlage 1** festgesetzt.

88. Zahnersatz im nicht vorbereiteten Mund, insbesondere Ersatzstücke über nicht gezogene Wurzeln, werden nicht vergütet.

89. Für Reservestücke kommt die KFA nicht auf.

90. Bei Zahnersatzarbeiten, die eine größere Zahl von Zahnextraktionen zur Voraussetzung haben, soll mit der Herstellung der Ersatzstücke mindestens zehn Wochen, gerechnet vom Tag der letzten Zahnextraktion an, gewartet werden. Kosten der Neubeistellung eines Ersatzstückes, die durch Nichteinhaltung dieser Frist notwendig geworden sind, werden von der KFA nicht übernommen.

91. Sofortersatzstücke (Provisorien) werden auf Rechnung der KFA nach vorheriger Genehmigung beigelegt, wenn es sich um den Ersatz von Zähnen handelt, deren Mangel eine wesentliche Behinderung beim Sprechen bedingt, oder um Obturatoren oder um den Ersatz von Knochen- oder Gewebsteilen nach chirurgischen Eingriffen.

92. Ersatzstücke mit weniger als vier Zähnen werden nur dann bewilligt, wenn sie bei Vorhandensein eines Ersatzstückes oder bei abnormaler Zahnstellung im gegenüberliegenden Kiefer für den Gegenbiss unbedingt notwendig sind oder sich bei Fehlen der Frontzähne ein wesentliches Hindernis beim Sprechen ergibt.

93. Die Kosten eines Ersatzstückes, das bereits einmal auf Rechnung der KFA hergestellt worden ist, können erst nach Ablauf von vier Jahren wieder übernommen werden. Bei skelettierten Metallprothesen erhöht sich diese Frist auf sechs Jahre. Die Bestimmungen des Punktes 44 gelten sinngemäß.

XII. Erweiterte Heilfürsorge

94. Leistungen der erweiterten Heilfürsorge können nur nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel gewährt werden. Ihre Notwendigkeit muss vorher von der KFA anerkannt werden. Auf diese Leistungen besteht kein Rechtsanspruch; gegen die Ablehnung eines diesbezüglichen Ansuchens ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

95. Die Leistungen der erweiterten Heilfürsorge dienen der nachhaltigen Festigung oder Besserung der Gesundheit, der Dienstfähigkeit oder der Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen. Sie umfassen

- a) die Unterbringung in
 - 1. einer Kuranstalt,
 - 2. einem Heilbad oder
- b) entfällt
- c) zu den Kosten eines Kuraufenthaltes an einem selbstgewählten Kurort kann ein Zuschuss gewährt werden,
- d) die Übernahme von Behandlungskosten in einer Kuranstalt;

Vom Mitglied selbst bezahlte Behandlungskosten in einer Kuranstalt außerhalb von Wien können, nach vorheriger Genehmigung durch den chefarztlichen Dienst, gemäß den geltenden Wiener Tarifen rückvergütet werden, wenn mindestens 10 Behandlungen bei einer Mindestaufenthaltsdauer von 14 Tagen erfolgten. Die tägliche Rückvergütung darf den in Pkt. 102 A vorgesehenen Betrag nicht übersteigen.

96. entfällt

97. Leistungen der erweiterten Heilfürsorge werden aufgrund eines Gutachtens des chefarztlichen Dienstes der KFA bewilligt. Die Bewilligung wird erteilt, wenn eine Heilung oder zumindest eine wesentliche und anhaltende Besserung des Leidens zu erwarten ist und dieses Ziel im Aufenthaltsort des/der Erkrankten nicht erreicht werden kann.

97 a. entfällt

98. Die Antragstellung soll unter Benützung der von der KFA für diesen Zweck aufgelegten Drucksorte erfolgen, die vom Mitglied und vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin in den dafür vorgesehenen Teilen genau auszufüllen ist. Die Einladung zur chefarztlichen Untersuchung erfolgt in der Reihenfolge des Einlangens der Anträge.

99. Leistungen der erweiterten Heilfürsorge können wegen des gleichen Leidens in der Regel erst nach Ablauf von zwei Jahren neuerlich gewährt werden. Ist jedoch zur Erreichung des Heilerfolges eine Kur in zwei aufeinanderfolgenden Jahren notwendig, kann in Ausnahmefällen hierfür die Bewilligung erteilt werden. Weitere Wiederholungen sind erst nach mehrjährigen Pausen zulässig.

100. entfällt

101. Für Kuraufenthalte ist eine Kostenbeteiligung gemäß § 34 der Satzung zu entrichten. Die Höhe der Kostenbeteiligung ist in der **Anlage 1** angeführt.

101 a. Von der Entrichtung der Kostenbeteiligung gemäß Punkt 101 sind Inhaber/innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz, Inhaber/innen eines Opferaussweises und jene Mitglieder, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind ausgenommen. Außerdem kann auf Ansuchen eines Mitgliedes bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit von der Einhebung der Kostenbeteiligung abgesehen, bzw. der eingehobene Beitrag rückerstattet werden.

102. Kostenzuschüsse werden in folgender Höhe gewährt (pro Tag):

A) Kuraufenthalte **siehe Anlage 1**

XIII. Maßnahmen der Rehabilitation

103. Die KFA gewährt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folge der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Mitglieder und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

104. (1) Die Maßnahmen gemäß Pkt. 103 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind.

In den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln können Reise- und Transportkosten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Mitglieds bzw. Angehörigen übernommen werden.

(2) Die Gewährung von Maßnahmen im Rahmen der erweiterten Heilfürsorge Pkt. XII, zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

104 a. Bei Unterbringung in einer Krankenanstalt gemäß Pkt. 104 Abs. 1 Z.1 ist gemäß § 34 der Satzungen eine Kostenbeteiligung für höchstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr zu entrichten (siehe **Anlage 1**). Bereits geleistete Kostenbeteiligungen im Sinne der Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, bzw. gemäß Punkt 56 dieser Krankenordnung werden nicht angerechnet.

104 b. Von der Entrichtung der Kostenbeteiligung gem. Pkt. 104 a sind Inhaber/innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz, Inhaber/innen eines Opferausweises und jene Mitglieder, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind ausgenommen. Außerdem kann auf Ansuchen eines Mitgliedes bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit von der Einhebung der Kostenbeteiligung abgesehen, bzw. der eingehobene Kostenbeitrag rückerstattet werden.

105. Die sozialen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation hinaus geeignet sind, den Versehrten/die Versehrte in die Lage zu versetzen, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihm/ihr angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können. Als solche Maßnahmen können unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des/der Versehrten insbesondere gewährt werden:

1. ein Zuschuss und/oder ein Darlehen zur Adaptierung der vom/von der Versehrten bewohnten oder zu bewohnenden Räumlichkeiten, durch die ihm/ihr deren Benützung erleichtert oder ermöglicht wird;
2. einem/einer Versehrten, dem/der auf Grund seiner/ihrer Behinderung die Benützung eines Massenbeförderungsmittels nicht zumutbar ist
 - a) ein Zuschuss zu den Kosten für die Erlangung der Lenkerbefugnis,
 - b) ein Zuschuss und/oder ein Darlehen zum Ankauf bzw. zur Adaptierung eines Personenkraftwagens.

106. Die Einleitung von beruflichen oder sozialen Maßnahmen der Rehabilitation bedarf der Zustimmung des/der Versehrten. Vorher ist der/die Versehrte über das Ziel und die Möglichkeiten der Rehabilitation in geeigneter Weise zu informieren und zu beraten. Der/Die Versehrte hat bei der Durchführung der beruflichen und sozialen Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend mitzuwirken.

XIV. Gesundenuntersuchungen

107. Zur Früherkennung von Krankheiten werden Gesundenuntersuchungen durchgeführt. Sie erfolgen durch

- a) Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, sowie Vertragsgruppenpraxen,
- b) Ärzte/Ärztinnen in den eigenen Einrichtungen der KFA (Ambulatorien).

108. Die Wahl des Arztes/der Ärztin sowie der Gruppenpraxis ist freigestellt.

109. Die Durchführung der Gesundenuntersuchungen erfolgt nach den vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hierfür erlassenen Richtlinien.

XV. Leistungen bei Auslandsaufenthalten

110. Die Bestimmungen dieser Krankenordnung gelten auch während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland, sofern nicht gemäß § 9 der Satzungen der Verlust der Anspruchsberechtigung eingetreten ist.

110a. Soweit nicht in vertraglichen Regelungen anderes festgelegt wird, finden die Bestimmungen über die Rückvergütung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten/Wahlärztinnen, Wahlgruppenpraxen, Wahleinrichtungen und dergleichen Anwendung.

111. Soweit zwischenstaatliche Abkommen über Krankenversicherung bestehen, richtet sich die Höhe der Vergütung nach den für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Tarifen.

112. (1) Der Anspruch auf Sachleistungen im Ausland im Rahmen der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe wird nachgewiesen, wie folgt:

- a) Will eine Person, die vom persönlichen Geltungsbereich der dafür maßgeblichen Verordnungen der Europäischen Union erfasst ist, Leistungen in Anspruch nehmen, die sich während eines vorübergehenden Aufenthaltes im örtlichen Geltungsbereich dieser Verordnungen als medizinisch notwendig erweisen, legt sie dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin (der Einrichtung) des aushelfenden ausländischen Versicherungsträgers (Gesundheitsdienstes) die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eine Ersatzbescheinigung vor. Näheres zu diesen Nachweisen regelt das Kapitel II a dieser Krankenordnung.
- b) Ist lit. a nicht anwendbar, hat der/die Anspruchsberechtigte dem/der für die Sachleistungsaushilfe zuständigen Versicherungsträger (Gesundheitsdienst) vor der Inanspruchnahme von Leistungen einen Betreuungsschein vorzulegen, der bei der KFA unter Angabe von Ort, Grund, Beginn und Ende des Auslandsaufenthaltes zu beantragen ist.

(2) Eine österreichische EKVK (Ersatzbescheinigung) darf nur für Leistungen verwendet werden, die sich während des vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb Österreichs als medizinisch notwendig erweisen, nicht für Leistungen, deren Inanspruchnahme der Grund der Auslandsreise ist, oder für Leistungen im Inland.

(3) Die EKVK (Ersatzbescheinigung) darf ungeachtet des auf ihr angegebenen Gültigkeitszeitraumes nicht verwendet werden, wenn und solange keine Berechtigung besteht, Leistungen einer KFA oder eines österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch zu nehmen.

XVa. Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht für Mitglieder gemäß § 4 Abs. 1 lit. b der Satzungen (Vertragsbedienstete)

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld

112a. (1) Die KFA leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für Vertragsbedienstete - ausgenommen die nach § 24a der Satzungen in Verbindung mit § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten - Krankengeld bis zur Höchstdauer von 52 Wochen. Für ein und denselben Krankheitsfall wird über die Dauer von 26 Wochen hinaus Krankengeld nur längstens bis zum Ende des Kalendermonates erbracht, in dem ein Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung zugestellt worden ist. Fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der Anspruchsberechtigte die Tätigkeit, aufgrund welcher er als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonates geleistet, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Bescheidzustellung folgenden Kalendermonates.

(2) Für den Anspruch auf die Mehrleistungen gemäß Z 1 2. Satz muss eine Wartezeit von sechs Monaten innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt des Leistungsfalles erfüllt sein.

Meldung der Bemessungsgrundlage

112b. (1) Der/die Vertragsbedienstete hat der KFA für die Berechnung des Krankengeldes eine Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über die Höhe und die Dauer seiner/ihrer Entgeltansprüche vor und während der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen.

(2) Der Bezieher/Die Bezieherin von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz hat der KFA für die Berechnung des Krankengeldes eine Bestätigung der Gebietskrankenkasse über die Höhe des zuletzt bezogenen Karenzgeldes oder der zuletzt bezogenen Teilzeitbeihilfe vorzulegen. Diese Verpflichtung entfällt, sofern die KFA diese Bestätigung direkt von der Gebietskrankenkasse erhält.

(3) Der/Die Vertragsbedienstete erhält von der KFA eine Bestätigung zur Vorlage beim Magistrat über Dauer und Höhe des ausbezahlten Krankengeldes.

Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt

112c. Die KFA leistet Personen,

1. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches (Punkt 112a) abgelaufen ist und
2. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe für die Dauer notwendiger, unaufschiebbarer stationärer Aufenthalte (Krankenhaus- sowie Rehabilitationsaufenthalte im Anschlussheilverfahren).

Besondere Pflichten des Arbeitsunfähigen

112d. Einen/Einer arbeitsunfähig erkrankten Vertragsbediensteten, Bezieher/Bezieherin von Karenzgeld oder Bezieher/Bezieherin von Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz treffen folgende besondere Pflichten:

1. Der/Die Arbeitsunfähige hat der KFA und dem/der behandelnden Arzt/Ärztin den Grund der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen und ob er/sie vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Alkohol oder Suchtgift konsumiert hat.
2. Der/Die Arbeitsunfähige hat der KFA Beginn und Ende eines Bezuges von Übergangsgeld zu melden. Er/Sie hat der KFA einen Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung unverzüglich nach Zustellung in Kopie zu übermitteln.
3. Der/Die Vertragsbedienstete hat eine Aufenthaltsnahme außerhalb des Wohnsitzes der KFA zu melden.

Wochengeld

112e. (1) Eine Vertragsbedienstete hat der KFA mit dem Antrag auf Wochengeld folgende Unterlagen vorzulegen:

1. eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag,
2. im Fall des vorzeitigen Wochengeldanspruches wegen eines besonderen Beschäftigungsverbot nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes die Bestätigung des Arbeitsinspektionsarztes oder des Amtsarztes nach den gesetzlichen Vorschriften,
3. eine Bestätigung des/der Dienstgebers/Dienstgeberin über
 - a) die Höhe des in den letzten drei Kalendermonaten vor Eintritt des Leistungsfalles der Mutterschaft erzielten Nettoarbeitsverdienstes und
 - b) den Anspruch auf Sonderzahlungen,
4. einen Nachweis eines allfälligen Bezuges einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder von Karenzgeld) während des in Z 3 lit. a genannten Zeitraumes.

(2) Zur Errechnung der Dauer des Anspruches auf Wochengeld nach der Geburt des Kindes hat die Vertragsbedienstete der KFA die vom Standesamt ausgestellte Geburtsbestätigung des Kindes sowie eine ärztliche Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt oder Kaiserschnittentbindung vorzulegen.

(3) Für eine Bezieherin von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz gelten Abs. 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie der KFA an Stelle der Bestätigungen nach Abs. 1 Z 3 und 4 eine Bestätigung der Gebietskrankenkasse über die Höhe des zuletzt bezogenen Karenzgeldes oder der zuletzt bezogenen Teilzeitbeihilfe vorzulegen hat. Die Verpflichtung zur Vorlage der Bezugsbestätigung entfällt, sofern die KFA diese Bestätigung direkt von der Gebietskrankenkasse erhält.

(4) Die KFA berücksichtigt die auf die letzten drei Kalendermonate entfallenden Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes, in dem sie den nach § 24a der Satzungen in Verbindung mit § 162 ASVG ermittelten Nettoverdienst um 17% erhöht.

Auszahlung von Kranken- und Wochengeld

112f. Das Kranken- und Wochengeld wird alle vier Wochen im Nachhinein ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt auf ein Girokonto des Anspruchsberechtigten, das er bei Antragstellung zu benennen hat. Verfügt der/die Anspruchsberechtigte über kein Girokonto, wird das Kranken- und Wochengeld per Post angewiesen.

XVI. Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes

112g. (1) Die Anordnungen der Ärztin/des Arztes die der Heilung dienen sollen, sind zu befolgen. Hat die Ärztin/der Arzt Bettruhe oder eine Ausgehzeit angeordnet, ist diese einzuhalten. Die KFA kann aus medizinischen Gründen bei Fehlen einer diesbezüglichen ärztlichen Anordnung Bettruhe bzw. eine Ausgehzeit festlegen oder eine von der diesbezüglichen Anordnung der Ärztin/des Arztes abweichende Regelung treffen. Vom chefärztlichen Dienst der KFA getroffene Anordnungen sind zu befolgen.

(2) Jedes Verhalten, das geeignet ist, die Genesung zu beeinträchtigen, ist zu vermeiden. Die Beurteilung darüber obliegt dem chefärztlichen Dienst der KFA. Insbesondere ist die Verrichtung von Erwerbsarbeit während der Arbeitsunfähigkeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, untersagt.

Krankenbesuchsdienst

112h. (1) Die KFA ist berechtigt, sich davon zu überzeugen, dass die ärztlichen Anordnungen und die Bestimmungen der Krankenordnung von der/dem Anspruchsberechtigten eingehalten werden.

(2) Jede Krankenbesucherin/jeder Krankenbesucher hat sich auszuweisen.

(3) Die/Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, die Krankenbesucherin/den Krankenbesucher in ihre/seine Wohnung (Unterkunft) einzulassen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Prüfung des Gesundheitszustandes

112i. (1) Die KFA berechtigt, den Gesundheitszustand der/des Erkrankten zu prüfen. Die/Der Erkrankte hat eine entsprechende Einladung zu befolgen und sich auch untersuchen zu lassen.

(2) Wer der Einladung nicht folgen kann, muss dies der einladenden Stelle unverzüglich unter Beilage einer Bestätigung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mitteilen. Wird der Einladung ohne wichtigen Grund nicht Folge geleistet, kann die KFA nach vorheriger Androhung der Säumnisfolgen ihrer Entscheidung den festgestellten bzw. wahrscheinlichen Sachverhalt zugrunde legen.

XVII. Schluss- und Übergangsbestimmungen

113. Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin der KFA der/die keine e-card-Ausstattung hat, ist ein Arzthilfeanzeige vorzulegen. Erstreckt sich die Behandlung über mehr als einen Monat, so ist dem Vertragsarzt/ der Vertragsärztin jeden Monat eine neue Arzthilfeanzeige zu übergeben. Wird eine ordnungsgemäß ausgefüllte und unterschriebene Arzthilfeanzeige nicht beigebracht, ist der/die Vertragsarzt/Vertragsärztin ausgenommen bei Erster Hilfe-Leistung – nicht verpflichtet, den/die Erkrankten/Erkrankte auf Rechnung der KFA zu behandeln.

114. Soweit diese Krankenordnung auf Bundesgesetze verweist, sind diese in der am 1.6.2006 geltenden Fassung anzuwenden.

115. Diese Krankenordnung tritt mit 1.7.1998 in Kraft. Mit diesem Tag verlieren alle früher erlassenen Bestimmungen ihre Wirksamkeit.

Anlage 1 zur Krankenordnung

Pkt. 16 lit.d	EUR	4,00	Schutzimpfung - FSME / pro (Teil-)Impfung
Pkt. 16 lit.e	EUR	7,00	Schutzimpfung Pneumokokken
Pkt. 16 lit.f	EUR	10,00	Gripeschutzimpfung; tatsächliche Kosten, höchstens EUR 10,00
Pkt. 24 Z 3	EUR	28,00	Zuschuss für (nichtärztliche) Psychotherapie (Einzelsitzung)
Pkt. 30	EUR	6,30	Rezeptgebühr
Pkt. 38	EUR	35,80	Heilbehilfe 20 % der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG
Pkt. 40	EUR	4.475,00	25fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG (Körpersersatzstücke und Krankenfahrstühle)
Pkt. 40	EUR	1.432,00	8fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG (Windeln und Kontaktlinsen)
Pkt. 40	EUR	1.790,00	10fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG
Pkt. 56	EUR	12,49	Spitalskostenbeitrag / täglich
Pkt. 69	EUR	162,79	Sonderwochengeld
Pkt. 70	EUR	1,45	Stillprämie / täglich
Pkt. 71	EUR	14,54	Geburtenbeitrag
Pkt. 74	EUR	436,04	Bestattungskostenbeitrag / EUR 72,67 bei Totgeburt
Pkt. 87	EUR	69,77	Zuschüsse für Kronen, Stiftzähne und Brücken
	EUR	450,00	Zuschüsse für medizinisch notwendige Kronen
	EUR	700,00	Zuschuss je medizinisch notwendigem Implantat
Pkt. 101	EUR	472,50	für 3 Wochen Kuraufenthalt
	EUR	22,50	täglich für Kuraufenthalte gemäß Punkt 95 lit. a Z 1 und 2
Pkt. 102 A)	EUR	13,08	Kurzuschüsse
Pkt. 104a	EUR	12,35	tägliche Kostenbeteiligung für Rehabilitationsaufenthalt, höchstens für 28 Kalendertage pro Kalenderjahr

Stand: 13.05.2020

Anlage 2 zur Krankenordnung: Bewilligungspflicht

Die zu den folgenden Punkten aufgezählten Leistungen sind bewilligungspflichtig:

1. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (Abschnitt II und III)

- a. CT, MR Bewilligungspflicht (Pkt. 18a)*
- b. Knochendichtemessung bei Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Pkt.18a)
- c. Nuklearmedizinische Untersuchung sofern sie nicht in einem Vertragskrankenhaus durchgeführt wird (Pkt. 18a)
- d. Stoßwellentherapie (ausgenommen Nieren- und Gallensteinbehandlungen)
- e. Physiotherapie (Pkt. 24 Zi. 1)
- f. Ergotherapeutische Behandlung (Pkt. 24 Zi. 1)
- g. Logopädische Behandlung (Pkt. 24 Zi. 1)
- h. Psychotherapeutische Behandlung ab der 11. Sitzung (Pkt. 24 Zi. 2 u. 3)
- i. Lasertherapie (Pkt.15)
- j. Kosmetische Behandlungen (Pkt. 15)
- k. Genetische Beratung und genetische Diagnostik (Abschnitt II)
- l. Geschlechtsumwandlung (Abschnitt II)
- m. Heparininduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapherese-Therapie (HELP-Therapie) (Abschnitt II)
- n. Liposuction bei Lipödem (Abschnitt II), Methoden die die Fertilisation unterstützen (Abschnitt II)
- o. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Abschnitt II)
- p. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung (Abschnitt II)
- q. Medizinische Hauskrankenpflege, ab der 5. Woche (Pkt. 62)
- r. geplante Behandlung oder Untersuchung im Ausland (Pkt.112 (1) b)
- s. Besondere Laboruntersuchungen, die nicht in der Honorarordnung für VertragsärztInnen angeführt sind (Abschnitt II)
- t. Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard (Abschnitt II)

2. Heilmittel (Abschnitt IV)

alle Arzneien und sonstige Mittel, die nicht nach dem Heilmittelverzeichnis (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) frei verschreibbar sind (Pkt. 27)

3. Heilbehelfe (Pkt. 35)

- a. Augenprothese
- b. Badewannenbrett, Badewannendifter
- c. Bandagen, Verbandsmaterial, Wundverschlussystem
- d. Betteinlagen, Bettbeutel, Bettgalgen
- e. Inkontinenzartikel, Bettnässer – Alarmsystem
- f. Blutdruckmessgeräte
- g. Mess- und Therapiegeräte für Diabetesbehandlung (z.B. Blutzuckermessgerät, Lanzetten, CGS-Systeme, Insulinpumpen und Messstreifen)
- h. Trifokalbrillen, Kontaktlinsen, geschliffene Farbgläser, Sonnenschutzbrillen und Vorhänger
- i. Krankenbett, Dekubitusmatratzen, Transferbrett
- j. Hörapparat
- k. Kompressionsstrümpfe und -hose
- l. Krankenfahrstuhl sowie Dusch- und Toilettenstuhl
- m. Körperersatzstücke (Prothesen)
- n. LifeVest
- o. Milchpumpe
- p. Orthopädischer Schuh einschließlich Ausgestaltung, Adaptierung eines Konfektionsschuhes
- q. Patientendifter
- r. Perücken bei Haarverlust durch eine Erkrankung
- s. Pulsoximeter
- t. Rollstuhl
- u. Sauerstofftherapie bei manifesten Lungenerkrankungen
- v. Schienen inkl. Motorschienen
- w. Systeme zur Sekretmobilisation („Hustenassistent“)
- x. Systeme zur Behandlung der Schlafapnoe
- y. TENS-Gerät
- z. Toilettenstuhlerhöhung, Toilettenstützgestell, Zimmertoilette

4. Transporte (Abschnitt VII)

- a) Flugtransporte mit Ausnahme von Transporten der Erste Hilfe
- b) Krankentransporte ab dem 5. Transport mit Ausnahme von Transporten der Erste Hilfe
- c) Krankentransporte bei einer Serienbehandlung (Ausgenommen zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie)

5. Anstaltspflege (Abschnitt VI)

Aufnahme in eine Krankenanstalt im Fall einer Leistung im Sinne des Punktes 1 lit. j, k, l, p oder r

6. Erweiterte Heilfürsorge (Abschnitt XII)

insbesondere alle Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge (zB Kuraufenthalte)

7. Maßnahmen der Rehabilitation (Abschnitt XIII)

alle Maßnahmen einschließlich der aus diesen Titeln beantragten Heilbehelfe und Hilfsmittel, auch wenn sie nicht in Punkt 3 genannt sind