

Bericht an den Gemeinderat

BearbeiterIn: Gertrude Kettner

GZ: KFA-K 35/2001-8

GZ: KFA-K 36/2001-7

Betreff:

Neuerlassung der
KFA-Satzung und der
KFA-Krankenordnung
mit 1.4.2012

BerichterstellerIn:

Graz, 25.1.2012

Die Versichersicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA) hat ihre Satzung und Krankenordnung in einigen Punkten sowohl inhaltlich als auch formal geändert. So wurde z.B. das Alter, ab dem für anspruchsberechtigte Angehörige kein Behandlungsbeitrag zu leisten ist, von bisher 15 auf 18 Jahre hinaufgesetzt. Auch bei den Reise-(Fahrt-) und Transportkosten bzw. den Beförderungskosten gibt es diverse Neuerungen. Im B-KUVG hat es einige Änderungen hinsichtlich der Anspruchsberechtigung von Angehörigen (z.B. für eingetragene Partnerin/eingetragener Partner, für Kinder und Enkel) gegeben.

Außerdem wurde die Satzung auch betreffend der Weiterversicherung bei gänzlicher Dienstfreistellung gegen Entfall der Bezüge (z.B. Hospizkarenz) geändert. Analog zu den Bestimmungen des B-KUVG ist hier der Dienstgeber verpflichtet, sowohl die Dienstgeber- als auch die Dienstnehmerbeiträge für die Dauer der Dienstfreistellung an die KFA abzuführen.

Um interessierten Anspruchsberechtigten den Beitritt zum Fonds für zusätzliche Leistungen zu erleichtern, wurde das Beitrittsalter von bisher 40 auf 45 Jahre hinaufgesetzt.

Vor dem Hintergrund dieser neuen gesetzlichen Regelungen wurde es notwendig, die KFA-Satzung und die KFA-Krankenordnung zu überarbeiten.

Einerseits wurden diese neuen gesetzlichen Regelungen eingearbeitet und andererseits auch diverse formale Anpassungen vollzogen, wobei wie schon in der bisherigen Fassung dem Genderaspekt besondere Beachtung geschenkt wurde.

Der Ausschuss der KFA stellt daher den

A n t r a g ,

der Gemeinderat wolle gemäß § 37 (4) der der Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl 30/1957, in der Fassung LGBl 56/2011 beschließen:

b.w.

Die in der Beilage angeschlossenen und einen integrierenden Bestandteil dieses Berichtes bildenden Neuerlassungen der KFA-Satzung (Beilage A) und der KFA-Krankenordnung (Beilage B) werden mit Wirksamkeit 1.4.2012 genehmigt.

Beilage A

Beilage B

Die Sachbearbeiterin:

Der Abteilungsvorstand der KFA:

(Gertrude Kettner)

(Mag. Klaus Frölich)

Der Vorsitzende des
Ausschusses der KFA:

(Harald Hansmann)

Vorberaten und angenommen in der
Sitzung des Ausschusses der
Krankenfürsorgeanstalt

am:

Der Vorsitzende:

(Harald Hansmann)

Beilage A



**KRANKENFÜRSORGEANSTALT FÜR DIE BEAMTEN DER
LANDESHAUPTSTADT GRAZ
8011 Graz, Schmiedgasse 26**

KFA - Satzung

2012

W O R T L A U T

der

K F A – S A T Z U N G 2012

in der Fassung des Beschlusses des Gemeinderates:

vom 9.2.2012, GZ.. KFA-K 35/2001-8

**Verordnung des Gemeinderates vom 9.2.2012 über die Krankenfürsorge für die
Anspruchsberechtigten bei der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der
Landeshauptstadt Graz
(KFA-Satzung)**

KFA-K 35/2001-8

Auf Grund des § 37 (4) der Dienst- und Gehaltsordnung der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl Nr. 30/1957, in der Fassung LGBl Nr. 56/2011 und des § 21a des Grazer Gemeindevertragsbedienstetengesetzes 1974, LGBl Nr. 30/1974, in der Fassung LGBl Nr. 81/2010 wird die nachstehende KFA-Satzung erlassen:

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1

Name, Rechtsstellung und Aufgaben

- (1) Die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (im Folgenden KFA genannt) ist eine Einrichtung der Stadt Graz ohne eigene Rechtspersönlichkeit.
- (2) Die KFA besorgt die von der Stadt Graz nach § 37 der Dienst- und Gehaltsordnung der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl Nr. 30/1957, in der Fassung LGBl Nr. 56/2011, sicherzustellende Krankenfürsorge nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Satzung und der KFA-Krankenordnung (im Folgenden KO genannt).
- (3) Die KFA hat ferner die Aufgaben der Unfallheilbehandlung zu besorgen, die im Rahmen der Unfallfürsorge gemäß § 37 a der Dienst- und Gehaltsordnung vor-gesehen ist.
- (4)

§ 2

Anspruchsberechtigte

Anspruch auf Leistungen nach dieser Satzung haben:

1. Mitglieder (§ 3);
2. Angehörige (§ 4).

§ 3

Mitglieder

Mitglieder der KFA sind:

- (1) die Beamtinnen und Beamten des Dienststandes der Stadt Graz, auf deren Dienstverhältnis das Gesetz betreffend die Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl Nr. 30/1957, in der Fassung LGBl Nr. 56/2011, Anwendung findet;
- (2) die Ruhe-(Versorgungs)genussempfängerInnen, deren laufender Ruhe-(Versorgungs)genuss sich von einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zur Stadt Graz ableitet, solange sie ihren ordentlichen Wohnsitz im Inland haben;
- (3) die Vertragsbediensteten der Stadt Graz, deren Dienstverhältnis gemäß dem Grazer Gemeindevertragsbedienstetengesetz 1974, LGBl Nr. 30/1974 in der Fassung LGBl Nr. 81/2010, nach Ablauf des 31.12.2000 begründet wird;
- (4) die Personen, die auf Grund eines Dienstverhältnisses gemäß Abs. 3

1. eine Pension nach dem ASVG beziehen oder
2. Übergangsgeld gemäß § 306 ASVG beziehen, wenn die Pension gemäß § 86 Abs. 3 Z 2 letzter Satz ASVG nicht angefallen ist und sie nicht gemäß § 4 Abs. 1 Z 8 ASVG versichert sind, sofern sie unmittelbar vor dem Bezug der Pension oder des Übergangsgeldes gemäß Abs. 3 Mitglied der KFA gewesen sind und solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben.

§ 4

Angehörige

(1) Angehörige haben Anspruch auf Leistungen, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und weder als Mitglied nach § 3 dieser Satzung noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und für sie auch seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines anderen öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Als Angehörige gelten:

1. die Ehegattin/der Ehegatte oder die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner;
1. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und Wahlkinder;
2. die unehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes;
3. die unehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder durch Anerkenntnis festgestellt ist (§ 163 b ABGB);
4. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem Mitglied ständig in Hausgemeinschaft leben;
5. die Pflegekinder, wenn sie vom Mitglied unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinn der Z 5 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das Gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Mitgliedes und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Vormundschafts-(Pflegschafts)gerichtes in Pflege einer anderen Person befindet.

(3) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres; die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie
 - a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder

b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs.1 lit.b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992 betreiben;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes

a) infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind oder
b) erwerbslos sind;

3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zum 27. Lebensjahr.

Die Belassung bzw. Wiedererlangung der Angehörigeneigenschaft nach den Bestimmungen dieses Absatzes hat einen darauf gerichteten Antrag des Mitgliedes zur Voraussetzung. Wird ein solcher Antrag spätestens innerhalb Monatsfrist nach Vollendung des 18. Lebensjahres des Angehörigen gestellt, so tritt eine Unterbrechung in der Angehörigeneigenschaft nicht ein. Wird ein solcher Antrag jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, so wird bei Zutreffen der übrigen Voraussetzungen die Angehörigeneigenschaft und die sich hieraus ergebende Anspruchsberechtigung frühestens ab dem Tag des Einlangens des Antrages bei der KFA wieder erlangt. Zur Beibringung der Nachweise für die in diesem Absatz festgelegten Voraussetzungen zur Beibehaltung bzw. Wiedererlangung der Angehörigeneigenschaft ist dem antragstellenden Mitglied eine angemessene Frist einzuräumen. Das Mitglied kann angehalten werden, den Weiterbestand der Voraussetzungen fallweise oder in bestimmten Zeitabschnitten nachzuweisen. Werden diese Nachweise nicht erbracht, ist die Ausscheidung der/des Angehörigen von Amts wegen vorzunehmen.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab dem in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

- (4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 3 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.
- (5) Besteht für anspruchsberechtigte Angehörige auch ein Leistungsanspruch gegen andere gesetzliche Krankenversicherungen, so werden diese Leistungen nur einmal gewährt. Die Leistung erbringt jene Krankenversicherung, die zuerst in Anspruch genommen wird.
- (6) Als Angehörige gilt jeweils auch eine Person aus dem Kreis der Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, der Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, der Enkel oder der Geschwister des Mitgliedes, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte oder eine/ein eingetragene Partnerin/Partner nicht vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt

auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund kann nur eine einzige Person sein.

- (6a) Als Angehörige/r gilt auch eine mit dem Mitglied nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine/ein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte oder eine/ein eingetragene Partnerin/Partner nicht vorhanden ist. Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige/r geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. Angehörige/r aus diesem Grund (Abs.6 und 6a) kann nur eine einzige Person sein.
- (6b) Als Angehörige gelten auch Personen, die ein Mitglied mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegt. Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte, eingetragene Partnerin/eigetrager Partner und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie Angehörige nach Abs. 6a.
- (7) Als Angehörige gelten auch frühere Ehegattinnen/Ehegatten oder eingetragene Partnerinnen/Partner des Mitgliedes, wenn und solange ihnen dieses als Folge einer Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe oder Nichtigerklärung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft Unterhalt zu leisten hat und wenn die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllt sind.
- (8) Als Angehörige gelten auch die Eltern (Wahl-, Stief- und Pflegeeltern) des Mitgliedes, wenn sie mit ihm in Hausgemeinschaft leben und von ihm ganz oder überwiegend erhalten werden.
- (9) Eine im Abs. 2 Z 1 und Abs. 6 bis 8 genannte Person gilt nur als Angehörige/r, soweit es sich nicht um eine Person handelt, die
- a) einer Berufsgruppe angehört, die gemäß § 5 Abs. 1 GSVG von der Pflichtversicherung ausgenommen ist, oder
 - b) zu den im § 4 Abs. 2 Z 2 GSVG genannten Personen gehört, oder
 - c) im § 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständiger Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, in der am 31. Dezember 1997 geltenden Fassung angeführt ist, oder
 - d) eine Pension nach dem in lit. c genannten Bundesgesetz bezieht, oder
 - e) der Versicherungspflicht gemäß § 3 des Notarversicherungsgesetzes 1972 unterliegt oder eine Pension nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 bezieht.
- (10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 3 Z 3 sowie Abs. 6 bis 8 genannte Person gilt nicht als Angehörige/r, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet, oder

eine Pension auf Grund dieser Erwerbstätigkeit bezieht; dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension auf Grund dieser Beschäftigung.

- (11) Als Pflegekinder gemäß Abs. 2 Z 6 gelten auch Kinder, die von einem Mitglied gepflegt und erzogen werden, wenn sie mit dem Mitglied
1. bis zum 3. Grad verwandt oder verschwägert sind und
 2. ständig in Hausgemeinschaft leben.

§ 5

Beginn der Anspruchsberechtigung

- (1) Die Anspruchsberechtigung beginnt, unabhängig von der Erstattung der Anmeldung,
1. bei den im § 3 Abs. 1 bezeichneten Mitgliedern, sofern sich nach Abs. 2 nichts anderes ergibt, mit dem Tag der Anstellung im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis bei der Landeshauptstadt Graz;
 2. bei den im § 3 Abs. 2 bezeichneten Mitgliedern, mit dem Tag des Entstehens des Anspruchs auf Ruhe-(Versorgungs)genuss;
 3. bei den im § 3 Abs. 3 bezeichneten Mitgliedern, mit Beginn des Dienstverhältnisses bei der Stadt Graz;
 4. bei den im § 3 Abs. 4 bezeichneten Mitgliedern mit dem Entstehen des Anspruchs auf eine Pension bzw. Übergangsgeld nach dem ASVG.
- (2) Die Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz wird hinsichtlich der Anspruchsberechtigung bei der KFA mit dem Tag des Dienstantritts wirksam.
- (3) Nach dem Ende des Urlaubs gegen Einstellung der Bezüge, der das Ruhen der Anspruchsberechtigung bei der KFA bewirkt (§ 7), beginnt die Anspruchsberechtigung mit dem Wegfall des Ruhensgrundes folgenden Tag.

§ 6

Ende der Anspruchsberechtigung

Die Anspruchsberechtigung endet

1. bei den im § 3 Abs. 1 und 3 genannten Mitgliedern mit dem Tag der Beendigung des die Anspruchsberechtigung begründenden Dienstverhältnisses,
2. bei den im § 3 Abs. 2 und 4 genannten Mitgliedern mit dem Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig der Ruhe-(Versorgungs)genuss oder die Pension bzw. das Übergangsgeld ausbezahlt wird.

§ 7

Ruhen der Anspruchsberechtigung

- (1) Die Anspruchsberechtigung ruht während des Urlaubs gegen Einstellung der Bezüge (Karenzurlaub).
- (2) Das Ruhen der Anspruchsberechtigung tritt nicht ein,
 1. sofern der Urlaub die Dauer eines Monats nicht überschreitet;
 2. während der Dauer des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld;
 3. wenn das Mitglied die Aufrechterhaltung der Anspruchsberechtigung innerhalb von sechs Wochen ab dem Zeitpunkt beantragt, ab dem sonst das Ruhen eintreten würde;
 4. wenn dem Mitglied eine gänzliche Dienstfreistellung gegen Entfall der Bezüge gemäß § 41 d Abs. 1 Z 3 und Abs. 4 der Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Landeshauptstadt Graz gewährt wird.

§ 8

Anspruchsberechtigung während der Krankenfürsorge und nach dem Ausscheiden aus der Krankenfürsorge

- (1) Mitglieder (§ 3) und deren Angehörige (§ 4) haben Anspruch auf Leistungen der KFA, wenn der Leistungsfall während der Anspruchsberechtigung eingetreten ist oder die Krankheit im Zeitpunkt des Beginns der Anspruchsberechtigung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in beiden Fällen auch über das Ende der Anspruchsberechtigung bzw. über das Ende der Angehörigeneigenschaft hinaus weiterzugewähren, solange es sich um ein und denselben Leistungsfall handelt.
- (2) Wo im Folgenden Mitglieder als Anspruchsberechtigte genannt werden, sind hierunter, soweit nichts anderes bestimmt wird, auch die in Abs. 1 bezeichneten aus der Anspruchsberechtigung ausgeschiedenen anspruchsberechtigten Personen zu verstehen.
- (3) Für die Dauer des auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 2001 zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes ruht der Anspruch des Wehrpflichtigen auf Leistungen der KFA für seine Person.

§ 9

Leistungen bei Wechsel der Versicherungszuständigkeit

Tritt im Fall des § 8 Abs. 1 zweiter Satz während der Gewährung von Leistungen aus dem Leistungsfall der Krankheit eine Änderung in der Versicherungszuständigkeit ein, so geht die Leistungszuständigkeit auf die versicherungszuständig gewordene Krankenversicherung über.

Hiebei sind die Leistungen von der zuständig gewordenen Krankenversicherung nach den für sie geltenden Vorschriften weiter zu gewähren.

§ 10

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

Bei mehrfacher Krankenversicherung nach den Bestimmungen eines Bundes- oder Landesgesetzes sind die Sachleistungen (die Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen) für ein und denselben Leistungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von der Krankenversicherung, die die/der Anspruchsberechtigte zuerst in Anspruch nimmt. Die Barleistungen gebühren aus jeder der in Betracht kommenden Versicherungen.

§ 11

Dienstlicher Aufenthalt im Ausland

Bei dienstlichen Auslandsaufenthalten ersetzt die KFA die Aufwendungen für Inanspruchnahme von Sachleistungen bis zur Höhe jener Kosten, die bei Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen im Inland erwachsen wären.

§ 12

An und Abmeldung durch die Stadt Graz

Die Stadt Graz hat jede(n) von ihr beschäftigten Beamtin(en) mit der Übernahme in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis zur Stadt sowie die Pensionsparteien bei der KFA anzumelden und binnen einer Woche nach Auflösung des Dienstverhältnisses bei der KFA abzumelden. Dies gilt sinngemäß für alle im § 3 Abs. 3 und 4 erfassten Mitglieder.

§ 13

Meldung von Änderungen

Die Stadt Graz hat während des Bestandes der Mitgliedschaft jede für diese bedeutsame Änderung im Dienstverhältnis binnen einer Woche der KFA zu melden (Unterbrechung und Wiedereintritt des Gehaltsanspruchs, Antritt und Dauer eines Urlaubs gegen Einstellung der Bezüge usw.).

§ 14

Meldung der Mitglieder

Die Mitglieder sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand ihrer Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen der KFA zu melden.

§ 15

Auskunftspflicht der Mitglieder und der Angehörigen

Die Mitglieder sowie die Angehörigen sind verpflichtet, der KFA über alle für die Anspruchsberechtigung maßgebenden Umstände längstens binnen zwei Wochen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen und auf Verlangen der KFA die Richtigkeit der Auskunft nachzuweisen.

§ 16

Zahlungsempfängerinnen/Zahlungsempfänger

Die Leistungen sind an die/den Anspruchsberechtigte(n), wenn diese(r) aber handlungsunfähig oder ein(e) beschränkt handlungsfähige(r) Unmündige(r) ist, an die gesetzliche Vertretung auszuführen.

§ 17

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

- (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen sind von der KFA zurückzufordern, wenn die/der Empfängerin/Empfänger die Gewährung der Leistung durch bewusst unwahre Angaben, bewusste Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 14) herbeigeführt hat oder wenn die/der Empfängerin/Empfänger erkennen musste, dass die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.
- (2) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1
 - a) besteht nicht, wenn die KFA zum Zeitpunkt, in dem sie erkennen musste, dass die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist, die für eine schriftliche Feststellung erforderlichen Maßnahmen innerhalb einer angemessenen Frist unterlassen hat;
 - b) verjährt binnen drei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem der KFA bekannt geworden ist, dass die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.
- (3) Die KFA kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse der/des Empfängerin/Empfängers,
 1. auf die Rückforderung nach Abs. 1 verzichten;
 2. die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen.
- (4) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1 besteht im Fall des Todes der/des Anspruchsberechtigten nur gegenüber den im § 18 Abs. 1 angeführten Personen, soweit sie eine der dort bezeichneten Leistungen bezogen haben.

§ 18

Bezugsberechtigung im Fall des Todes der/des Anspruchsberechtigten

- (1) Ist im Zeitpunkt des Todes der/des Anspruchsberechtigten eine fällige Geldleistung (Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen) noch nicht ausgezahlt, so sind, sofern in dieser Satzung nichts anderes bestimmt wird, nacheinander die/der Ehegattin/Ehegatte, die eingetragene Partnerin/der eingetragene Partner, die leiblichen Kinder, die Wahlkinder, die Stiefkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie mit der/dem Anspruchsberechtigten zur Zeit ihres/seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Steht der Anspruch mehreren Kindern oder Geschwistern der/des Verstorbenen zu, so sind sie zu gleichen Teilen anspruchsberechtigt.
- (2) Der Anspruch auf Kostenersatz gemäß § 33 steht nach dem Tod eines Mitglieds den im Abs. 1 genannten Personen bzw. denjenigen Personen zu, die die Kosten an Stelle des Mitgliedes getragen haben.

II. VERWALTUNG DER KFA

§ 19

Ausschuss der Krankenfürsorgeanstalt

- (1) Die KFA ist durch einen Ausschuss zu verwalten, in dem Dienstgeber und Dienstnehmer durch je acht Mitglieder (Ersatzmitglieder) vertreten sind. Der Ausschuss ist vom Bürgermeister nach jeder Neuwahl des Gemeinderates innerhalb von vier Wochen nach dessen Konstituierung für die Funktionsdauer des Gemeinderates zu bestellen. Die DienstgebervertreterInnen sind aus der Mitte des Gemeinderates nach dem Stärkeverhältnis der im Gemeinderat vertretenen Parteien (d'Hondt'sches Verfahren), die DienstnehmervertreterInnen auf Grund von Vorschlägen des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, Gewerkschaft der Gemeindebediensteten, zu bestellen. Bei der Bestellung ist festzulegen, welches Ersatzmitglied ein verhindertes Mitglied zu vertreten hat. Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) aus dem Kreis der Bediensteten müssen disziplinar unbescholten sein. Der Bürgermeister hat den Ausschuss innerhalb von zwei Wochen nach dem Tag der Bestellung zur konstituierenden Sitzung einzuberufen, in der der Ausschuss sowohl aus dem Kreis der DienstgebervertreterInnen als auch aus dem Kreis der DienstnehmervertreterInnen ein Mitglied zur(m) Vorsitzenden und ein Mitglied zur(m) Stellvertreterin(er) wählt. Die Vorsitzenden aus dem Kreis der DienstgebervertreterInnen und aus dem Kreis der DienstnehmervertreterInnen wechseln im Vorsitz halbjährlich ab, wobei die Reihenfolge im Vorsitz mit der(m) aus dem Kreis der DienstgebervertreterInnen gewählten Vorsitzenden beginnt. Im Fall der Verhinderung wird die/der Vorsitzende von ihrer/seinem dem gleichen Kreis wie sie/er angehörenden Stellvertreterin(er) vertreten. Vor Ablauf der Funktionsdauer des Ausschusses verlieren die aus der Mitte des Gemeinderates bestellten Mitglieder (Ersatzmitglieder) ihre Mitgliedschaft mit dem Ausscheiden aus dem Gemeinderat, die dem Kreis der Bediensteten angehörenden Mitglieder (Ersatzmitglieder) mit der Auflösung des Dienstverhältnisses sowie der rechtskräftigen Verhängung einer Disziplinarstrafe. Während der Dauer einer Enthebung vom Dienst und eines Disziplinarverfahrens ruht die Mitgliedschaft. Jedes Mitglied (Ersatzmitglied) ist berechtigt, auf seine Mitgliedschaft zu verzichten. An Stelle eines ausgeschiedenen Mitgliedes (Ersatzmitgliedes) ist für den Rest der Funktionsdauer des Ausschusses ein neues Mitglied (Ersatzmitglied) zu bestellen.
- (2) Die/der Vorsitzende (Stellvertreterin/er) hat den Ausschuss zur Erledigung der ihm obliegenden Aufgaben einzuberufen. Sie/er ist außerdem verpflichtet, eine Ausschusssitzung innerhalb von acht Tagen einzuberufen, wenn mindestens acht Mitglieder des Ausschusses die Einberufung schriftlich verlangen. Der/dem Vorsitzenden (Stellvertreterin/er) obliegt die Festsetzung der Tagesordnung und die Leitung der Sitzung. Bei Verhinderung der Vorsitzenden und deren StellvertreterInnen beruft in Fällen der Dringlichkeit der Bürgermeister den Ausschuss ein und setzt die Tagesordnung fest. Bei Verhinderung der Vorsitzenden und deren StellvertreterInnen obliegt die Leitung der Sitzung des Ausschusses dem in der Sitzung anwesenden, an Lebensjahren ältesten Ausschussmitglied.

- (3) Die Sitzungen des Ausschusses sind nicht öffentlich. Der Ausschuss kann für bestimmte Geschäftsstücke die Vertraulichkeit der Beratung und Beschlussfassung beschließen.
- (4) Der Ausschuss ist beschlussfähig, wenn von den vom Gemeinderat bzw. den von den Bediensteten bestellten Mitgliedern mindestens je vier anwesend sind. Zur Fassung eines gültigen Beschlusses sind die Beschlussfähigkeit und die Zustimmung der absoluten Mehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich; bei Stimmgleichheit ist daher ein Antrag gefallen. Die/der Vorsitzende stimmt mit, gibt jedoch ihre/seine Stimme als Letzte(r) ab. Die Beschlüsse des Ausschusses sind durch eine(n) aus dem Personal der KFA beigestellte(n) Schriftführerin(er) schriftlich aufzunehmen und von der Vorsitzenden /dem Vorsitzenden, der Leitung der KFA und von der Schriftführerin/dem Schriftführer zu unterfertigen. Das Nähere über die Geschäftsführung des Ausschusses regelt die von ihm zu erlassende Geschäftsordnung, in der auch ein aus Mitgliedern des Ausschusses bestehender Unterausschuss zur Vorberatung der durch den Ausschuss zu erledigenden Angelegenheiten vorgesehen werden kann.
- (5) Die leitende Beamtin/der leitende Beamte der KFA (bei Verhinderung die Stellvertretung) und die Vertrauensärztin/der Vertrauensarzt haben den Sitzungen des Ausschusses zur Beratung beizuwohnen. Dem Stadtrechnungshof steht das Recht zu, zu den Sitzungen des Ausschusses eine Vertretung ohne Stimmrecht zu entsenden; die/der Leiterin/Leiter des Personalamtes (deren/dessen Stellvertretung) kann an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Mit Zustimmung des Bürgermeisters kann der Magistratsdirektor über Ersuchen der/des Vorsitzenden verfügen, dass auch andere städtische Bedienstete an den Beratungen des Ausschusses zur Erteilung von Auskünften teilzunehmen haben.
- (6) Dem Ausschuss obliegt die Durchführung aller Maßnahmen, die der Erfüllung der der Stadt Graz obliegenden Krankenfürsorge dienen, soweit dies nicht durch das Statut oder andere gesetzliche Vorschriften anderen Organen der Stadt Graz übertragen bzw. vorbehalten ist.
- (7) Der Ausschuss erledigt die ihm obliegenden Geschäfte teils durch Beratung und Beschlussfassung in Sitzungen, teils durch die Leitung der KFA. Folgende Angelegenheiten müssen in den Sitzungen des Ausschusses verhandelt werden:
 1. die Vorberatung, Berichterstattung und Antragstellung in den dem Gemeinderat vorbehaltenen Angelegenheiten, soweit sie mit dem Wirkungskreis des KFA-Ausschusses in sachlichem Zusammenhang stehen;
 2. die Beratung und Genehmigung des jährlichen Voranschlags und des Rechnungsabschlusses;
 3. die Erlassung und die allfällige Abänderung der Geschäftsordnung für den Ausschuss;
 4. die Erlassung von Richtlinien:
 - a) für die erweiterte Heilbehandlung,
 - b) für die Rehabilitation,

- c) für die Gewährung von Körperersatzstücken im Rahmen der Unfallheilbehandlung,
 - d) für die Gewährung von Unterstützungen und die Zuerkennung von Unterstützungen im Einzelfall;
 - e) über die Nachsicht und Abschreibung von Behandlungsbeiträgen;
5. die Genehmigung der Kuraufenthaltszuschüsse und der Genesungsaufenthaltszuschüsse im Einzelfall;
 6. die Festsetzung und das Ausmaß der im § 48 Abs. 6 Z 2 vorgesehenen Zuschüsse;
 7. Angelegenheiten, bei denen eine verschiedene Auffassung oder Anwendung der gesetzlichen oder tatsächlichen Grundlagen möglich ist;
 8. Angelegenheiten, die sich der Ausschuss ausdrücklich zur eigenen Entscheidung vorbehalten hat, und die Entscheidung über Ansprüche in Fällen, in denen gemäß § 20 Abs. 2 die Entscheidung des Ausschusses beantragt wurde;
 9. die Beschlussfassung über die nach § 47 zu ergreifenden Maßnahmen;
 10. die Entscheidung in folgenden Angelegenheiten, soweit sie nicht durch das Statut in seiner jeweiligen Fassung von einer bestimmten Wertgrenze an oder aus einem sonstigen Grund ausdrücklich dem Gemeinderat vorbehalten sind:
 - a) die Bewilligung zur Anschaffung beweglicher Sachen und zu allen sonstigen Aufwendungen, wenn der Kaufpreis oder der Tauschwert oder der aufzuwendende Betrag 0,01 Prozent der Gesamteinnahmen des jeweiligen Haushaltsjahres der KFA übersteigt,
 - b) die Übernahme von sonstigen Verbindlichkeiten,
 - c) die gänzliche oder teilweise Abschreibung uneinbringlich gewordener Forderungen,
 - d) der Abschluss und die Auflösung von Bestandverträgen, wenn die Dauer des Vertrages sich auf nicht mehr als sechs Jahre erstreckt,
 - e) die Bewilligung zur Einleitung, Unterbrechung, Einstellung und Wiederaufnahme eines Rechtsstreites vor den ordentlichen Gerichten, zum Eingehen eines gerichtlichen oder außergerichtlichen Vergleichs über den Streitgegenstand sowie zum Abschluss eines Schiedsvertrages.
- (8) Fasst der Ausschuss einen Beschluss, gegen den die/der Vorsitzende Bedenken hat, so kann sie/er den Vollzug aussetzen und die Angelegenheit in der nächsten Sitzung des Ausschusses neuerlich zur Beratung und Beschlussfassung bringen.
- (9) Von den Sitzungsbeschlüssen ist der Bürgermeister unter Zumittlung einer Protokollabschrift in Kenntnis zu setzen.

§ 20

Abteilungsleitung, zugewiesene Bedienstete

- (1) Die KFA steht unter der Leitung einer(s) vom Gemeinderat bestellten Amtsleiterin/Amtsleiters. Diese(r) hat die rechtliche Stellung einer Abteilungsvorständin/eines Abteilungsvorstandes und die dieser(m) im § 4 der Geschäftsordnung für den Magistrat der Landeshauptstadt Graz übertragenen Rechte und Pflichten. Sie/er ist dem Bürgermeister insbesondere dafür verantwortlich, dass die Geschäfte der KFA nach den Gesetzen und nach dieser Satzung sowie unter Bedachtnahme auf die Beschlüsse des Ausschusses geführt werden und der Ausschuss rechtzeitig in die Lage versetzt wird, die erforderlichen Beschlüsse zu fassen. Sie/er hat im Einvernehmen mit der(m) Vorsitzenden des Ausschusses die dem Ausschuss vorzulegenden Berichte und Anträge vorzubereiten. Die Leiterin/der Leiter vertritt in der Führung der laufenden Geschäfte die Anstalt nach außen.
- (2) Angelegenheiten, die nicht auf Grund des § 19 in den Sitzungen des Ausschusses zu beraten sind oder die der Ausschuss sich nicht ausdrücklich zur eigenen Entscheidung vorbehalten hat, sind als laufende Geschäfte zu behandeln und von der Abteilungsvorständin/vom Abteilungsvorstand unter ihrer/seiner Verantwortung zu erledigen. In Fällen, wo einem Parteibegehren von der Leiterin/dem Leiter nicht stattgegeben werden kann, bleibt es den im § 2 bezeichneten Anspruchsberechtigten unbenommen, schriftlich die Entscheidung des Ausschusses zu beantragen. In diesen Fällen ist über die Angelegenheit durch Sitzungsbeschluss des Ausschusses zu entscheiden.
- (3) Der KFA sind zur Erfüllung ihrer Aufgaben Bedienstete in erforderlicher Anzahl nach Maßgabe des Dienstpostenplanes zuzuweisen. Zur Beurteilung von Angelegenheiten des ärztlichen Fachgebietes ist bei der KFA ein vertrauensärztlicher Dienst einzurichten, er ist erforderlichenfalls aushilfsweise vom Gesundheitsamt oder anderen Dienststellen beizustellen.

§ 21 Aufsicht

Die KFA unterliegt der Überwachung durch den Gemeinderat. Er übt diese gemäß den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen sowohl selbst als auch durch die von ihm bestimmten Organe und Einrichtungen - insbesondere durch den Bürgermeister und den Stadtrechnungshof - aus.

§ 22 Berufungsausschuss

- (1) Gegen Entscheidungen des Ausschusses über Ansprüche, die von den Anspruchsberechtigten auf Grund dieser Satzung erhoben werden, ist binnen zwei Wochen - gerechnet vom Tag der Zustellung - die Berufung an den Gemeinderat zulässig. Der Berufung kommt keine aufschiebende Wirkung zu.
- (2) Die Berufung ist bei der KFA einzubringen.
- (3) Die Vorberatung der Berufung, die unmittelbare Berichterstattung und Antragstellung an den Gemeinderat obliegen dem Allgemeinen Berufungsausschuss. Dieser Ausschuss

besteht aus elf Mitgliedern, die vom Gemeinderat nach dem Verhältniswahlrecht aus seiner Mitte gewählt werden.

III. AUFBRINGUNG UND VERWALTUNG DER MITTEL

§ 23

Laufende Beiträge

- (1) Zur Deckung des Aufwandes der KFA haben die anspruchsberechtigten Mitglieder gemäß § 3 Abs. 1 und 3 laufende Beiträge im Ausmaß von 4,3 v.H. und Mitglieder gemäß § 3 Abs. 2 und 4 4,5 v.H. ihrer Bezüge (Gehalt bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss, Entgelt oder Pension bzw. Übergangsgeld, Kinderzulage, Dienstalterszulage, Dienstzulagen, Ergänzungszulage, für die Bemessung des Ruhegenusses anrechenbare Zulagen, Sonderzahlungen, Teuerungszulagen, für die Ruhe- bzw. Versorgungsgenusszulage anrechenbare Nebengebühren, Ruhe- bzw. Versorgungsgenusszulage) zu entrichten; die Stadt Graz hat Zuschüsse in Höhe von 3,2 v.H. dieser Bemessungsgrundlage zu leisten. Die Stadt Graz leistet überdies zur Sicherstellung der Leistungen der erweiterten Heilbehandlung einen Zuschlag in der Höhe von 0,4 v.H. und zur Sicherstellung der Unfallheilbehandlung einen Zuschlag in der Höhe von 0,02 v.H. der der Bemessung der laufenden Beiträge zu Grunde zu legenden Bezüge der Mitglieder. Die Beitragsleistung für die weiblichen Mitglieder, die während eines aus Anlass der Mutterschaft gewährten Karenzurlaubes eine Ersatzleistung erhalten, richtet sich nach den hiefür jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Sind die Bezüge eines Mitgliedes durch eine Disziplinarstrafe gemindert oder während der Enthebung vom Dienst herabgesetzt, so sind die laufenden Beiträge von den geminderten bzw. herabgesetzten Bezügen zu leisten. Werden jedoch die während der Enthebung vom Dienst zurückbehaltenen Bezüge gemäß § 103 Abs. 3 der Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl Nr. 30/1957, ausgefolgt, so sind hievon Beiträge zu leisten. Die Verhängung der Ordnungsstrafe der Geldbuße sowie ein gänzlich oder teilweises Ruhen des Ruhe- (Versorgungs)genusses auf Grund der Bestimmungen des § 64 der bezeichneten Dienst- und Gehaltsordnung bleibt für die Bemessung und Leistung des laufenden Beitrages ohne Auswirkung.
- (3) Die laufenden Beiträge sind während der Dauer der Anspruchsberechtigung zu leisten. Die Verpflichtung zur Leistung der laufenden Beiträge ruht während des Ruhens der Anspruchsberechtigung. Wird die Anspruchsberechtigung einem Mitglied gemäß § 7 Abs. 2 während eines Urlaubs ohne Bezüge belassen, so werden während der Dauer desselben von der Stadt Graz keine Dienstgeberbeiträge entrichtet, das Mitglied ist jedoch verpflichtet, den laufenden Beitrag zur Gänze - bemessen nach der zuletzt vor Antritt des Urlaubs bestandenen Bemessungsgrundlage - bis zum 10. jedes Monats zu entrichten. Werden diese Beiträge an zwei aufeinander folgenden Fälligkeitsterminen trotz Mahnung nicht geleistet, so kann unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung der bereits fällig gewesenenen Beiträge die weitere Leistung der in dieser Satzung vorgesehenen Krankenfürsorge abgelehnt und das Ruhen der Anspruchsberechtigung verfügt werden.

- (4) Die von den anspruchsberechtigten Mitgliedern zu leistenden Beiträge werden im Allgemeinen im Abzugsweg eingehoben. Die eingehobenen laufenden Beiträge sowie der von der Stadt Graz zu leistende Zuschuss, ferner die Zuschläge für die erweiterte Heilbehandlung sowie für die Unfallheilbehandlung sind innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der jeweiligen Auszahlung der Bezüge an die KFA abzuführen. Wenn der laufende Beitrag nicht im Abzugsweg eingehoben wird, ist er von der Leistungsverpflichteten/dem Leistungsverpflichteten jeweils bis zum 10. jeden Monats zu entrichten.
- (5) Bei gänzlicher Dienstfreistellung des Mitgliedes gemäß § 41 d der Dienst- und Gehaltsordnung und daraus resultierend gänzlichem Entfall der Bezüge hat die Stadt Graz (als Dienstgeber) in Anlehnung an die §§ 19 (5) und 22 (4) B - KUVG die Beiträge zur Krankenversicherung zur Gänze (Dienstgeber- und Dienstnehmerbeiträge) gemäß § 23 (1) der KFA-Satzung zu tragen. Grundlage für die Bemessung ist die letzte vor der Karenzierung bestandene Bemessungsgrundlage.

§ 24

Rezeptgebühr

- (1) Für den Bezug eines Heilmittels zu Lasten der KFA ist eine Rezeptgebühr zu entrichten. Die zu entrichtende Rezeptgebühr ist in der Anlage I dieser Satzung enthalten.
- (2) Das Nähere über die Art der Einhebung regelt § 37.
- (3) Die KFA hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen. Die Bestimmungen der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind bei der Feststellung der Schutzbedürftigkeit sinngemäß anzuwenden.

§ 25

Besondere Beiträge

- (1) Für die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen sind die in der Anlage II dieser Satzung vom Gemeinderat festgesetzten besonderen Beiträge zu entrichten.
- (2) Die Leistung der besonderen Beiträge obliegt dem Mitglied für sich und seine Angehörigen. Wenn die/der die Angehörigeneigenschaft besitzende geschiedene Ehegattin/Ehegatte oder die früher eingetragene Partnerin/der früher eingetragene Partner über ihren/seinen eigenen Antrag in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis einbezogen wurde, hat sie/er selbst den jeweils vorgesehenen besonderen Beitrag zu entrichten.
- (3) Die besonderen Beiträge werden im Allgemeinen im Abzugsweg eingehoben. In Fällen, wo die Einhebung nicht im Abzugsweg erfolgt, sind die besonderen Beiträge jeweils bis zum 10. jedes Monats zu entrichten.

§ 26

Verwaltung der Mittel, Verwaltungsfonds

- (1) Die aufgebrauchten Mittel dienen ausschließlich zur Erfüllung der Aufgaben und Verbindlichkeiten der KFA. Die Einnahmen und Ausgaben der KFA sind auf gesonderten Teilabschnitten des Voranschlags der Stadt Graz gemäß den haushaltsrechtlichen Vorschriften zu veranschlagen, wobei die Verfügungsberechtigung der KFA vorbehalten ist. Zur Anlage verfügbare Mittel sind tunlichst in Einlagen bei Kreditunternehmungen von anerkanntem Ruf zu marktüblichen Konditionen anzulegen. Eine besondere Art der Anlage ist durch den Ausschuss zu beschließen.
- (2) Zur zweckgebundenen Verwendung der Mittel sind Verwaltungsfonds zu bilden, und zwar:
 - a) zur Bestreitung und Sicherstellung der Ausgaben für die Pflichtleistungen der Fonds für Pflichtleistungen und der Reservefonds zu diesem;
 - b) zur Bestreitung und Sicherstellung der Ausgaben für die Leistungen der erweiterten Heilbehandlung der Fonds für erweiterte Heilbehandlung und der Reservefonds zu diesem;
 - c) zur Bestreitung und Sicherstellung der Ausgaben für die zusätzlichen Leistungen der Fonds für zusätzliche Leistungen und der Reservefonds zu diesem.
- (3) Zur Bestreitung der Ausgaben für die Pflichtleistungen sind die laufenden Beiträge sowie die gemäß § 23 Abs. 1 geleisteten Zuschüsse und der Zuschlag zur Sicherstellung der Unfallheilbehandlung der Stadt, die Rezeptgebühr, die Behandlungsbeiträge sowie die Erträge aus der Veranlagung dieser Mittel heranzuziehen und für Zwecke einer abgesonderten Verwaltung dem Fonds für Pflichtleistungen zuzuführen. Zur Sicherstellung der Pflichtleistungen ist zum Fonds für Pflichtleistungen ein Reservefonds mindestens bis zur Höhe der halben durchschnittlichen Monatsausgabe der Letzten zwei Betriebsjahre anzulegen.
- (4) Zur Bestreitung der Ausgaben für die erweiterte Heilbehandlung sind die von der Stadt Graz für Zwecke der erweiterten Heilbehandlung gemäß § 23 Abs. 1 geleistete Zuschlag sowie die Erträge aus der Veranlagung dieser Mittel heranzuziehen und zum Zweck der abgesonderten Verwaltung dem Fonds für erweiterte Heilbehandlung zuzuführen. Zur Sicherstellung der erweiterten Heilbehandlung ist zu diesem Fonds ein Reservefonds mindestens bis zur Höhe des einfachen der durchschnittlichen Monatsausgabe der Letzten zwei Betriebsjahre anzulegen.
- (5) Zur Bestreitung der Ausgaben für zusätzliche Leistungen sind die für die Inanspruchnahme dieser Leistungen zu entrichtenden besonderen Beiträge sowie die Erträge aus der Veranlagung dieser Mittel heranzuziehen und zum Zweck der abgesonderten Verwaltung dem Fonds für zusätzliche Leistungen zuzuführen. Zur Sicherstellung der zusätzlichen Leistungen ist zu diesem Fonds ein Reservefonds bis zur Höhe der einfachen durchschnittlichen Monatsausgabe der letzten zwei Betriebsjahre anzulegen.

§ 27

Überschüsse und Abgänge

- (1) Sind nach dem Jahresabschluss die dem Fonds für Pflichtleistungen zugeflossenen Einnahmen größer als die aus diesem Fonds bestrittenen Ausgaben, so sind die Überschüsse dem Reservefonds zum Fonds für Pflichtleistungen zuzuführen. Sind jedoch nach dem Jahresabschluss die aus dem Fonds für Pflichtleistungen zu bestreitenden Ausgaben größer als die ihm zugeführten Einnahmen, so ist der Abgang aus dem Reservefonds zum Fonds für Pflichtleistungen zu decken. Über jede Inanspruchnahme von Mitteln des Reservefonds ist von der Amtsleitung dem Ausschuss zu berichten.

Der Ausschuss hat, wenn Mittel des Reservefonds in Anspruch genommen wurden und die Annahme begründet ist, dass die Ausgaben weiterhin die Einnahmen überschreiten werden, für die zur Herbeiführung einer ausgeglichenen Gebarung notwendigen Maßnahmen Sorge zu tragen und erforderlichenfalls dem Gemeinderat entsprechende Vorschläge zur Erhöhung der Einnahmen zu erstatten. Kommt der Ausschuss dieser Verpflichtung nicht nach oder sind die von ihm ergriffenen Maßnahmen nach Auffassung des Stadtrechnungshofes zur Herbeiführung einer ausgeglichenen Gebarung nicht ausreichend, so hat der Stadtrechnungshof dem Gemeinderat einen Prüfungsbericht vorzulegen und Vorschläge zur Herstellung des finanziellen Gleichgewichts zu machen. Vor Entscheidung hierüber ist dem Ausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- (2) Sind nach dem Jahresabschluss die dem Fonds für erweiterte Heilbehandlung zugeflossenen Einnahmen größer als die aus diesem Fonds bestrittenen Ausgaben, so sind die Überschüsse dem Reservefonds zum Fonds für erweiterte Heilbehandlung zuzuführen. Ein allfälliger Abgang ist aus dem Reservefonds zum Fonds für erweiterte Heilbehandlung zu decken.
- (3) Sind nach dem Jahresabschluss die dem Fonds für zusätzliche Leistungen zugeflossenen Einnahmen höher als die aus diesem Fonds bestrittenen Ausgaben, so sind die Überschüsse dem Reservefonds zum Fonds für zusätzliche Leistungen zuzuführen. Sind die Einnahmen jedoch niedriger als die Ausgaben, so ist der Abgang aus dem Reservefonds zum Fonds für zusätzliche Leistungen zu decken. Über jede Inanspruchnahme von Mitteln des Reservefonds ist von der Amtsleitung dem Ausschuss zu berichten. Der Ausschuss hat, wenn Mittel des Reservefonds in Anspruch genommen wurden und die Annahme begründet ist, dass die Ausgaben weiterhin die Einnahmen überschreiten werden, für die zur Herbeiführung einer ausgeglichenen Gebarung notwendigen Maßnahmen Sorge zu tragen und erforderlichenfalls zunächst die im § 48 Abs. 6 Z 2 vorgesehenen Zuschüsse zu beschränken oder einzustellen bzw. dem Gemeinderat entsprechende Vorschläge zur Erhöhung der Einnahmen durch Erhöhung der besonderen Beiträge zu erstatten. Die Bestimmungen des vorletzten und letzten Satzes des Abs. 1 finden sinngemäß Anwendung.

IV. LEISTUNGEN DER KRANKENFÜRSORGE

§ 28

Entstehen der Leistungsansprüche

Die Ansprüche auf Leistungen nach dieser Satzung entstehen in dem Zeitpunkt, in dem die hierfür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt werden.

§ 29 Anfall von Leistungen

Soweit nichts anderes bestimmt ist, fallen die sich aus den Leistungsansprüchen ergebenden Leistungen mit dem Entstehen des Anspruchs (§ 28) an.

§ 30 Eintritt des Leistungsfalls

- (1) Der Leistungsfall gilt als eingetreten:
1. im Leistungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
 2. im Leistungsfall der Mutterschaft mit dem Tag der Entbindung;
 3. ersatzlos gestrichen.
- (2) Einer Krankheit im Sinn des Abs. 1 Z 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Mitglied (Angehörige/r) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Leistungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteils voranzugehen hat.

§ 31 Arten der Leistungen

- (1) Die Leistungen der KFA werden gewährt als:
1. Pflichtleistungen, das sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, und zwar:
 - a) (Vorsorge)Gesundenuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 - b) Krankenbehandlung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege sowie die zur Inanspruchnahme dieser Leistungen notwendigen Reise- (Fahrt-) und Transportkosten,
 - c) Zahnbehandlung und Zahnersatz, einschließlich der zur Inanspruchnahme dieser Leistungen notwendigen Reise- (Fahrt-) und Transportkosten,
 - d) Mutterschaftsleistungen, einschließlich der zur Inanspruchnahme dieser Leistungen notwendigen Reise- (Fahrt-) und Transportkosten,
 - e) Anmelde- und Registrierungskosten für eine Organtransplantation,
 - f) als Ermessensleistungen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, einschließlich der Reise- (Fahrt-) und Transportkosten im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln sowie der im Zusammenhang mit Aufenthalt in Rehabilitationszentren notwendigen Transportkosten bzw. der Reise- und Fahrtkosten in solche Einrichtungen für sozial schutzbedürftige Personen *).
 2. freiwillige Leistungen, das sind Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt werden können, ohne dass auf sie ein Rechtsanspruch besteht, und zwar:

- a) Leistungen der erweiterten Heilbehandlung,
 - b) Leistungen zur Verhütung des Eintritts und der Verbreitung von Krankheiten;
3. zusätzliche Leistungen, das sind Leistungen, die über solche der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) hinausgehen und für die besondere Beiträge (§ 25) entrichtet werden.
- (2) Die näheren Vorschriften über diese Leistungen sind in der KO enthalten.
- (3) Sofern die Vornahme einer Handlung oder die Anmeldung eines Anspruchs nach den Vorschriften der Satzung oder KO an eine Frist gebunden wird, ist im Zweifel das Vorliegen einer Mahnfrist anzunehmen.

§ 32

Bemessungsgrundlage für die Barleistungen

Als Bemessungsgrundlage für die Barleistungen (Mutterschaftsleistungen) gilt die Bemessungsgrundlage der laufenden Beiträge (§ 23) im Monat des Eintritts des Leistungsfalls zuzüglich eines Sechstels dieser Bemessungsgrundlage.

§ 33

Ersatzleistungen

- (1) Nimmt die/der Anspruchsberechtigte nicht die VertragspartnerInnen oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der KFA zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihr/ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden VertragspartnerInnen aufzuwenden gewesen wäre. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Mitglied als Behandlungsbeitrag bzw. als Rezeptgebühr bei Inanspruchnahme von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.
- (2) Die Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege werden nach den Bestimmungen des § 39 ersetzt.
- (3) Stehen eigene Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der KFA nicht zur Verfügung, kann die nächstgelegene geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden.
- *) Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind.
- (4) Die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ist ausgeschlossen, wenn die/der Anspruchsberechtigte in demselben Leistungsfall VertragspartnerInnen oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der KFA in Anspruch nimmt.
- (5) Kosten aus dem Leistungsfall der Krankheit und der Mutterschaft, die mangels vertraglicher oder anderer Regelung nicht gemäß Abs. 1 ersetzt werden können, sind nach Maßnahme der Bestimmungen der KO zu erstatten.
- (6) Ersatzlos gestrichen.

- (7) Stehen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte (Vertragsdentistinnen/Vertragsdentisten) infolge Vertragskündigung nicht zur Verfügung, kann die KFA die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme einer Wahlärztin/eines Wahlarztes (Wahldentistin/Wahldentisten) zu leisten gewesen wäre, festlegen. Es sind jedoch mindestens jene Kosten zu ersetzen, die von der BVA als Kostenerstattung übernommen werden.
- (8) Soweit sich die Höhe von Ersatzleistungen nach den jeweiligen Vertragstarifen richtet, ist darüber in der KFA Auskunft zu erteilen.
- (9) Bei der Gewährung von Kostenersätzen (Kostenerstattungen und Kostenzuschüssen) übernimmt die KFA auch die der/dem Anspruchsberechtigten angelastete Umsatzsteuer. Die übernommene Umsatzsteuer ist auf das Ausmaß der Leistung nicht anzurechnen.
- (10) Die KFA leistet Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse nur, wenn die beanspruchte Leistung dieselben Kriterien erfüllt, die die KFA von einem Vertragspartner verlangt.

§ 33 a

Fehlen von vertraglichen Regelungen

Hat für eine Berufsgruppe noch nie ein Vertrag bestanden, oder ist eine Leistung vertraglich noch nie sichergestellt gewesen, leistet die KFA zu den tatsächlichen Kosten einer notwendigen und zweckmäßigen Pflichtleistung einen Zuschuss mindestens bis zu jenem Betrag, den die BVA gewährt.

§ 34

Besondere Leistungen im Ausland

Die KFA übernimmt die notwendigen tatsächlichen Kosten von notwendiger und zweckmäßiger ärztlicher Hilfe oder Anstaltspflege, wenn sich die Patientin/der Patient zu ihrer Inanspruchnahme ins Ausland begeben muss, weil sie oder eine gleichwertige Leistung im Inland nicht oder nicht zeitgerecht erhältlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Untersuchung oder Behandlung im Rahmen der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe auf Grund eines Staatsvertrages oder einer Verordnung des Rates der Europäischen Union erbracht werden könnte. Die Kostenerstattung wird um jenen Betrag vermindert, der bei Inanspruchnahme von vergleichbaren VertragspartnerInnen im Inland als Behandlungsbeitrag bezahlt werden müsste.

§ 34 a

Erste Hilfe

Tritt ein Unfall, eine plötzliche Erkrankung oder ein ähnliches Ereignis im Inland oder im Ausland ein, und kann eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt (Vertragsdentistin/Vertragsdentist) oder eine Vertragskrankenanstalt der KFA nicht rechtzeitig die

notwendige Hilfe leisten, ersetzt die KFA die tatsächlichen Kosten dringend notwendiger Leistungen, und zwar:

1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 160 % des Tarifes der nächstgelegenen geeigneten Vertragseinrichtung für nichtdringliche Leistungen;
2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird;
3. von Anstaltspflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen.

§ 35 Ärztliche Hilfe

- (1) Die Wahl der Ärztin/des Arztes ist freigestellt. Wird eine/ein von der KFA zur ärztlichen Behandlung der Anspruchsberechtigten vertragsmäßig bestellte Ärztin/bestellter Arzt (Vertragsärztin/Vertragsarzt) in Anspruch genommen, so geht die Behandlung auf Rechnung der KFA.
- (2) Die KFA verlautbart in geeigneter Weise die Namen der ÄrztInnen, die vertragsmäßig zur Behandlung der Anspruchsberechtigten auf Rechnung der KFA bestellt sind (VertragsärztInnen).

§ 35 a Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind

Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

- (1) eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatriisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl Nr. 460/1992, zur freiberuflichen Ausübung des physio-therapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienstes bzw. des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind, (22.Nov., BGBl Nr. 335/1993. Art.II Z 2 – 1.7.1993);
- (2) eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung einer/eines klinischen Psychologin/Psychologen gemäß § 12 Abs. 1 Z. 2 des Psychologengesetzes, BGBl Nr. 360/1990, die/der zur selbstständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
- (3) eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl 361/1990, zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z. 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl Nr. 373/1984) stattgefunden hat.

§ 35 b **Behandlungsbeitrag**

- (1) Ein Behandlungsbeitrag ist bei der Inanspruchnahme von VertragspartnerInnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen vom Mitglied zu entrichten:
1. für ein mit der Konsultation der/des Vertragspartnerin/Vertragspartners verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;
 2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;
 3. für bildgebende Diagnoseverfahren (z.B. Röntgen, Sonographie, Computertomographie);
 4. für Laboruntersuchungen;
 5. für Physiotherapie;
 6. für Psychotherapie;
 7. für elektrokardiographische Untersuchungen (EKG);
 8. für ergometrische Untersuchungen.
- (2) Von der Anwendung des Abs. 1 ausgenommen sind
1. Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten;
 2. Leistungen für Anspruchsberechtigte, die das 18. Lebensjahr zu Beginn des Abrechnungszeitraumes noch nicht vollendet haben.
- (3) Der Behandlungsbeitrag beträgt 15 v.H. des jeweiligen Vertragstarifes.
- (4) Der Behandlungsbeitrag wird im Regelfall dem Mitglied von der KFA im Nachhinein vorgeschrieben bzw. sodann im Abzugswege einbehalten.
- (5) Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit kann die KFA von der Einhebung des Behandlungsbeitrages (nach Maßgabe der beschlossenen Richtlinien über die Nachsicht und Abschreibung von Behandlungsbeiträgen) ganz oder zum Teil absehen, oder einen bereits einbehaltenen Behandlungsbeitrag rückerstatten.

§ 36 **Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

Die Mitglieder und ihre Angehörigen (§ 4) haben Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung. Sie ist von der KFA nach Maßgabe der nach § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchzuführen.

§ 36 a **Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit**

Die KFA hat sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit durchzuführen, § 132 c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gilt entsprechend. Die KFA leistet bei einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommermeningoenzephalitis einen Zuschuss in gleicher Höhe wie die BVA.

§ 37 Heilmittel

- (1) Die Heilmittel umfassen
 1. die notwendigen Arzneien und
 2. die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.
- (2) Die Kosten der Heilmittel werden von der KFA durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.
- (3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der KFA ist, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr gemäß § 24 zu entrichten. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der KFA zu zahlen.
- (4) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden.
- (5) Verordnungen von Wahlärztinnen/Wahlärzten (Wahleinrichtungen) werden gem. § 33 vergütet.
- (6) Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten sieht die KFA (nach Maßgabe der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr) von Amts wegen oder über begründeten Antrag von der Einhebung der Rezeptgebühr ab bzw. erstattet eine bereits entrichtete Rezeptgebühr. Auch bei Erreichen der Obergrenze sind bereits entrichtete Rezeptgebühren von der KFA zu erstatten.

§ 38 Heilbehelfe und Hilfsmittel

- (1) Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden über ärztliche Verordnung von der KFA ohne vorherige Bewilligung geliefert oder in einfacher und zweckentsprechender Ausführung gewährt, sofern die Krankenordnung nichts anderes bestimmt. Behelfe, die anderweitig bezogen worden sind, werden gemäß § 33 vergütet.
- (2) Der Höchstbetrag, bis zu dem die KFA die Kosten für die Beistellung oder Instandsetzung eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels, das nicht als medizinische Maßnahme der Rehabilitation zu betrachten ist, als Sachleistung oder Zuschuss (§ 33 a) übernimmt, wird festgesetzt
 1. für Hilfsmittel, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, und für Krankenfahrstühle mit der 20-fachen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG,
 2. für andere Heilbehelfe und Hilfsmittel mit der 8-fachen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG. Für ständig benötigte Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel

mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, gilt der Höchstbetrag für den Monatsbedarf.

- (3) Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel werden nicht gewährt, wenn auf diese Leistungen Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, BGBl Nr. 152/1957, des Opferfürsorgegesetzes, BGBl Nr. 183/1947, des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl Nr. 27/1964, des Strafvollzugsgesetzes, -BGBl Nr. 144/1969, oder aus einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung besteht.
- (4) Die KFA übernimmt auch die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe und Hilfsmittel, wenn eine Instandsetzung zweckentsprechend ist. Die Abs. 1 und 2 gelten entsprechend.
- (5) Soll ein Heilbehelf oder Hilfsmittel durch einen vergleichbaren Behelf ersetzt werden, übernimmt die KFA Kosten nur, wenn die Neubeistellung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, oder wenn seit der Vorleistung ein angemessener Zeitraum vergangen ist, nach dessen Ablauf auch bei ordnungsgemäßem Gebrauch wegen der damit verbundenen Abnutzung die weitere Verwendbarkeit des Behelfes nicht mehr angenommen werden kann. Für die Gebrauchsdauer der notwendigen Heilbehelfe gelten die jeweiligen Bestimmungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.
- (6) Wenn aus einer ärztlichen Begründung hervorgeht, dass ein innerhalb eines Zeitraumes nach Abs. 5 bezogener Behelf den Bedürfnissen nicht mehr entspricht, werden auch innerhalb eines kürzeren Zeitraumes Kosten hierfür übernommen.
- (7) Die KFA kann Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden, auch leihweise beistellen.

§ 38 a

Kostenanteil bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln

- (1) Die Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel werden von der KFA nur dann übernommen, wenn sie höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). 10 % der Kosten, gerundet auf Cent, mindestens jedoch 20 % der Höchstbeitragsgrundlage sind vom Mitglied zu tragen.
- (1a) Die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen werden von der KFA nur dann übernommen, wenn sie höher sind als 60 % der Höchstbeitragsgrundlage (§108 Abs. 3 ASVG.); bei Leistungen für Angehörige nach § 4 Abs. 2 Z 2-6 und Abs. 3 ist § 38 a Abs. 1 anzuwenden. 10 % der Kosten, gerundet auf Cent, mindestens jedoch 60 % der Höchstbeitragsgrundlage sind vom Mitglied zu tragen. Die Kosten für Dreistärkengläser (Gleitsicht- und Trifokalgläser) werden nicht übernommen.
- (2) Abs. 1 gilt nicht für ständig benötigte Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen. 10 v.H. der Kosten für solche Heilbehelfe und Hilfsmittel sind vom Mitglied zu tragen.

Unter ständig benötigten Heilbehelfen und Hilfsmitteln, die nur einmal oder kurzfristig verwendet werden können, sind insbesondere Mittel der Inkontinenzversorgung (Bettleinlagen, Katheter und Harnsäckchen) sowie sonstige kurzfristig verwendbare Artikel zu verstehen.

- (3) Von Gesetzes wegen sind von der Entrichtung von Kosten bzw. Kostenanteilen befreit:
1. Anspruchsberechtigte, die zum Zeitpunkt der Verordnung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
 2. Anspruchsberechtigte, die wegen erheblicher Behinderung, ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter, Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 haben.
 3. Anspruchsberechtigte, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind.
 4. Für Heilbehelfe und Hilfsmittel aus der medizinischen Rehabilitation ist eine Kostenbeteiligung generell nicht vorgesehen.
 5. Für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die von der KFA leihweise zur Verfügung gestellt wurden.

§ 39

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

- (1) Anstaltspflege bzw. medizinische Hauskrankenpflege wird nach Maßgabe der Bestimmungen der KO gewährt. Bei Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt erfolgt die Behandlung im Rahmen der bestehenden Verträge auf Rechnung der KFA.
- (2) Wurde Anstaltspflege der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt nicht auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen, werden die Kosten derselben bis zur Höhe des Betrages ersetzt, der bei vertraglicher Verrechnung gemäß Abs. 1 aufzuwenden gewesen wäre.
- (3) Bei Aufnahme in die Sonderklasse einer nicht-öffentlichen Krankenanstalt übernimmt die KFA analog zur BVA (zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer)
 1. Pflegegebühren je Tag notwendiger Anstaltspflege bis zur Höhe des Pflegekostenzuschusses der BVA;
 2. Entgelte für den Sachaufwand der Krankenanstalt und die Operationssaalbenützung in operativen Fällen;
 3. Entgelte für ärztliche Leistungen in operativen Fällen bis zur Höhe des Vertragstarifes für niedergelassene ÄrztInnen
 - a) für den operativen Eingriff einschließlich Assistenz und Anästhesie sowie die Nachbehandlung,
 - b) für histologische Untersuchungen,
 - c) für radiologische Untersuchungen, die zur Feststellung der Notwendigkeit des Eingriffes erforderlich sind oder eine untrennbare Einheit mit der Operation bilden,
 - d) für die an die Operation anschließende Strahlentherapie bei Malignomen;

4. Entgelte für den Sachaufwand der Krankenanstalt, die Kreißsaalbenützung und eine Ärztin/einen Arzt anlässlich einer physiologisch verlaufenden Geburt oder Nachgeburt sowie für Säuglingspflege;
 5. Entgelte für den Sachaufwand der Krankenanstalt und für ärztliche Leistungen in anderen als den in Z 2 bis 4 genannten Fällen bis zur Höhe des Internen Behandlungskostenbeitrages.
- (4) Bei Inanspruchnahme einer höheren Klasse einer öffentlichen Krankenanstalt erfolgt die Vergütung nach den Bestimmungen des Abs. 3 Z 2 bis 5.
 - (5) Die Übernahme der Leistungen nach Abs. 3 und 4 kann ganz oder teilweise durch Verträge mit den einzelnen Krankenanstalten geregelt werden.
 - (6) Wird der Anspruchsberechtigte tagesklinisch behandelt, erstattet die KFA die Kosten bis zur Höhe der sich aus Abs. 3 Z 3 bis 5 ergebenden Beträge.
 - (7) Die KFA erstattet für eine Anstaltspflege im Ausland jenen Betrag, den sie bei Aufnahme in eine nicht-öffentliche Wahlkrankenanstalt im Inland aufzuwenden hätte, sofern § 34 dieser Satzung, § 58 B-KUVG, ein Staatsvertrag oder eine Verordnung des Rates der Europäischen Union nichts anderes vorsieht.

§ 39 a

Medizinische Hauskrankenpflege

Die KFA gewährt, wenn dadurch eine ansonsten erforderliche Anstaltspflege entbehrlich wird, medizinische Hauskrankenpflege über ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht nach Maßgabe der Bestimmungen der Krankenordnung.

§ 39 b

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

- (1) Die KFA gewährt, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe der KO 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.
- (2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:
 1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Die Einweisung der in Betracht kommenden Personen in Krankenanstalten, die der Rehabilitation dienen, erfolgt nach medizinischer Begutachtung durch die KFA;
 2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln, die den Zielen der medizinischen Rehabilitation dienen, 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;
 4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis Z 3 gemäß § 42 Abs. 6 Z 6 und Z 7.
- (3) Betreffend die Vereinbarung zur Durchführung der Rehabilitation gilt die KO.
- (4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.
- (5) Übernimmt die KFA die Kosten der Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, ist vom Anspruchsberechtigten ein Kostenbeitrag in der Höhe von tgl. € 6,-- für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr zu leisten.

§ 40

Zahnbehandlung und Zahnersatz

- (1) Die KFA erbringt Zahnbehandlung und Zahnersatz als Sachleistung durch VertragspartnerInnen oder Kostenerstattung. Sie übernimmt Kosten nur für medizinisch und technisch einwandfreie und mit körperverträglichem Material ausgeführte Arbeiten. Können die in den Verträgen vorgesehenen Materialien aus zwingenden medizinischen Gründen nicht verwendet werden, leistet die KFA einen Zuschuss analog zur BVA. Werden andere Materialien nicht aus solchen Gründen verwendet, hat die/der Anspruchsberechtigte die Leistung selbst zu bezahlen; die KFA leistet dann einen Zuschuss in der entsprechend dem Behandlungsbeitrag verminderten Höhe des Tarifes der notwendigen Vertragsleistung.
- (2) a) Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung;
Die Leistungen, die die KFA als konservierende oder chirurgische Zahnbehandlung im Falle der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erbringt, sind in der Anlage IV genannt.
- b) Kieferorthopädische Behandlung (Kieferregulierung) soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufs-störenden Verunstaltungen notwendig ist;
1. Die KFA leistet kieferorthopädische Behandlungen auf Basis abnehmbarer oder festsitzender Geräte bei nachstehenden Fehlbildungen:
 - Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen;
 - Unterzahl von drei benachbarten oder von vier oder mehr Zähnen in einem Kiefer; Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer;
 - totale Nonokklusion;
 - extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss;
 - extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet;
 - frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren;
 - Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss;

extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss;
 Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den vor-
 genannten Anomalien entsprechen;
 Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von
 Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen Fachgebieten
 gehören (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

2. Die KFA leistet anstelle einer Behandlung nach Z 1 die Behandlung mit kieferorthopädischen Behelfen (wie z.B. schiefe Ebene, Platzhalter, Mundvorhofplatte, Positioner, Retainer) analog zur BVA, wenn durch sie
 - aa) eine kieferorthopädische Fehlstellung nach Z 1 oder eine andere Fehlstellung kurzfristig behoben werden kann, oder
 - bb) der Erfolg einer vorangegangenen Behandlung nach Z 1 sichergestellt werden kann.
 3. In der Regel darf die Behandlung drei Jahre nicht überschreiten. Die KFA übernimmt die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nur dann für mehr als drei Jahre, wenn das Behandlungsziel aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraumes zu erreichen war.
 4. Der Ersatz eines in Verlust geratenen kieferorthopädischen Apparates und Reparaturen, die nicht durch den normalen Gebrauch bedingt sind, werden von der KFA nicht bezahlt.
- c) Für eine vertraglich nicht geregelte Behandlung leistet die KFA mindestens jenen Zuschuss, den die BVA gewährt.
- (3) Die KFA leistet den unentbehrlichen Zahnersatz. Unentbehrlich ist jener Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch seine Reparatur, sofern sie durch den normalen Gebrauch erforderlich geworden ist.
1. Der unentbehrliche Zahnersatz ist im allgemeinen ein abnehmbarer Zahnersatz samt medizinisch-technisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkronen). Festsitzender Zahnersatz ist nur dann der unentbehrliche, wenn aus medizinischen Gründen, die eine andere prothetische Versorgung nicht zulassen, ein abnehmbarer Zahnersatz nicht eingegliedert werden kann; dies ist der Fall
 - a) bei PatientInnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten;
 - b) bei TumorpatientInnen in der postoperativen Rehabilitation;
 - c) bei PatientInnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation;
 - d) bei PatientInnen mit extremen Kieferrelationen (z.B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes).
 2. Kosten werden nicht übernommen
 - a) für den Ersatz von Weisheitszähnen;
 - b) für Zahnersatz für hierfür nicht sanierte Kiefer, insbesondere über nicht gezogene Wurzeln;
 - c) für allein kosmetisch motivierten Zahnersatz;
 - d) für Reservestücke;

- e) für in Verlust geratene oder nicht durch den normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke;
 - f) für eine Neuherstellung eines Zahnersatzstückes innerhalb von sechs Jahren nach einer Leistung der KFA, einer anderen Sozialversicherung oder einer Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs.1 Z 2, § 3 Z 2 B-KUVG), es sei denn, sie ist wegen notwendiger Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund erforderlich.
3. Als abnehmbarer Zahnersatz werden Total- oder Teilprothesen aus Kunststoff oder Metallgerüstprothesen erbracht.
 4. Als Sofortzahnersatz vor Anfertigung der prothetischen Dauerversorgung wird eine Kunststoffprothese geleistet. Wird diese Leistung in Anspruch genommen, übernimmt die KFA keine Kosten für die Neuherstellung oder Anpassung des bleibenden Zahnersatzstückes, wenn mit seiner Anfertigung nicht zwölf Wochen ab der letzten Extraktion zugewartet wird. Die Gebrauchsdauer des § 40 Abs. 3 Pkt.2. lit. f beginnt mit der Beistellung der Dauerversorgung.
 5. Die KFA leistet zu den Kosten eines vertraglich nicht geregelten festsitzenden Zahnersatzes mindestens jenen Zuschuss, den die BVA gewährt. Kronen und Brücken, einschließlich deren Verankerungen, gegossene Stiftaufbauten sowie notwendige Verankerungen für einen abnehmbaren Zahnersatz mit Ausnahme der vertraglich geregelten Klammerzahnkronen (§ 40 Abs. 3 Z 1) gelten als festsitzender Zahnersatz.
- (4) Nimmt die/der Anspruchsberechtigte nicht die VertragspartnerInnen der KFA in Anspruch, werden die Kosten einer anderweitigen Zahnbehandlung oder einer anderweitigen Beschaffung eines unentbehrlichen Zahnersatzes in entsprechender Anwendung des § 33 ersetzt.
- (5) Ein Behandlungsbeitrag ist für alle Sachleistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes zu entrichten. Dies gilt nicht in Fällen des § 35 b Abs. 2, von dessen Anwendung kieferorthopädische Behandlungen aber ausgenommen bleiben. Der Behandlungsbeitrag beträgt 15 % des jeweiligen Vertragstarifes. Für Metallgerüstprothesen, einschließlich der ihrem Halt dienenden Klammerzahnkronen wird der Behandlungsbeitrag jedoch mit 20 % festgesetzt. Die Bestimmungen des § 35 b Abs. 4 bis 5 sind entsprechend anzuwenden.

§ 41

Mutterschaftsleistungen

- (1) Der Leistungsfall der Mutterschaft umfasst die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Leistungsfall der Krankheit anzusehen sind.
- (2) Anspruch auf die Leistungen aus dem Leistungsfall der Mutterschaft (§ 31 Abs. 1 Z 1 lit. d) haben die Mitglieder sowie bei Zutreffen der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung nach § 4 die dort genannten weiblichen Angehörigen.

- (3) Die Leistungen aus dem Leistungsfall der Mutterschaft sind der Ehegattin eines Mitglieds auch nach der Auflösung der Ehe durch Tod des Mitglieds, Aufhebung oder Scheidung zu gewähren, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung der Ehe stattfindet.
- (4) Ergibt sich bei der Anwendung des Abs. 3, dass ein Anspruch auf die Leistungen im Fall der Mutterschaft gegen die KFA und einer anderen Versicherung begründet ist, so werden diese Leistungen nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist die Versicherung, die zuerst in Anspruch genommen wird. Das Gleiche gilt, wenn bei der Anwendung des Abs. 3 ein Anspruch gegen die KFA mehrfach begründet ist, mit der Maßgabe, dass bei Geldleistungen die höhere Leistung gebührt.
- (5) Tritt innerhalb des Zeitraums zwischen dem Beginn der letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und der tatsächlichen Entbindung ein Wechsel in der Versicherungszuständigkeit zwischen der KFA und einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung ein, so ist die KFA ab diesem Zeitpunkt aus dem Leistungsfall der Mutterschaft nicht leistungsverpflichtet. Dies gilt auch dann, wenn bei einer anderen Versicherung der Leistungsfall der Mutterschaft im Sinn des § 120 Abs. 1 Z 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht eingetreten ist.
- (6) Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel werden in entsprechender Anwendung der §§ 33 bis 35 und 37 bis 39 erbracht.
- (7) Für die im Zusammenhang mit einer Entbindung in Anspruch genommene Anstaltspflege ist § 39 anzuwenden. Die Kosten für ärztlichen Beistand anlässlich einer Geburt oder Nachgeburt sowie der Kreißsaalbenützung und Säuglingspflege sind bis zur Höhe des in der KO festzusetzenden Betrages zu vergüten.

§ 42

Reise- (Fahrt-) und Transportkosten

Allgemeines

- (1) Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenfürsorge, die aus den Leistungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft sowie bei Zahnbehandlung und Zahnersatz entstehen, sind im notwendigen Ausmaß die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu übernehmen.
- (2) Als Pflichtleistung sind Reise-(Fahrt)kosten, die zur Inanspruchnahme der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle durch das Mitglied oder die Angehörigen (§ 4) oder zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln notwendig sind und sich nicht aus der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel innerhalb des Stadtgebietes (Straßenbahn, Autobus) ergeben, zu ersetzen, wenn die Entfernung mehr als fünf Kilometer beträgt. Der Ersatz der Fahrtkosten hat nach dem Fahrpreis des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu erfolgen. Dies gilt auch bei Benützung eines Privatfahrzeuges. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle ist in jedem Fall nachzuweisen.

- (3) Bei Notwendigkeit des Transportes gehunfähig erkrankter Mitglieder und Angehöriger (§ 4) zu besonderen Untersuchungen und Behandlungen sind über ärztlichen Antrag von der KFA die Beförderungskosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle als Pflichtleistung zu übernehmen.
- (4) Sofern im Fall einer zu gewährenden Anstaltspflege der körperliche Zustand der/des Erkrankten oder die Entfernung ihres/seines Wohnsitzes eine Beförderung in die oder aus der Krankenanstalt erfordern, sind die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung zur bzw. von der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt von der KFA als Pflichtleistung zu übernehmen. Bei Unfällen im Inland ist der Transport von der Unfallstelle zur Wohnung ebenfalls als Pflichtleistung zu gewähren.
- (5) Bergungskosten und die Kosten der Beförderung bis ins Tal sind bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik nicht zu ersetzen. Wenn in diesem Fall ein Primärtransport mit dem Hubschrauber nicht ausschließlich aus bergungstechnischen, sondern aus medizinischen Gründen erforderlich ist werden Zuschüsse analog zur BVA geleistet.
- (6) Die KFA übernimmt nach Maßgabe der §§ 42 a und 42 b
1. Fahrtkosten aus Anlass der Inanspruchnahme einer Jugendlichenuntersuchung oder einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung für den Weg zwischen dem Wohnort der/des Anspruchsberechtigten und der/dem nächstgelegenen geeigneten Vertragspartnerin/Vertragspartner;
 2. Reise-(Fahrt-) oder Transportkosten aus Anlass der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe, Hebammenhilfe, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie aus Anlass der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Sinn des § 65 B-KUVG für den Weg zwischen dem Wohnort der/des Anspruchsberechtigten und der/dem nächstgelegenen geeigneten Vertragspartnerin/Vertragspartner;
 3. Fahrtkosten aus Anlass einer Impfung gegen Frühsommermeningoenzephalitis (§ 36a) für den Weg zwischen dem Wohnort der/des Anspruchsberechtigten und der nächstgelegenen Impfstelle;
 4. Reise-(Fahrt-) oder Transportkosten bei Anstaltspflege oder aus Anlass einer Entbindung für den Weg zwischen Wohnort der/des Anspruchsberechtigten und der nächstgelegenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt;
 5. die Kosten des Transportes von der Unfallstelle zur nächstgelegenen Wohnung der/des Anspruchsberechtigten nach einem Unfall im Inland;
 6. aus Anlass der Einweisung in eine Krankenanstalt als medizinische Maßnahme der Rehabilitation für den Weg zwischen dem Wohnort der/des Anspruchsberechtigten oder einer Krankenanstalt, in der sie/er sich zur Anstaltspflege befindet, und der Rehabilitationseinrichtung
 - a) Reise- oder Transportkosten, wenn die/der Versicherte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit ist;
 - b) sonst ausschließlich Transportkosten;
 7. Reise- oder Transportkosten aus Anlass der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation für den Weg zwischen dem

- Wohnort der/des Anspruchsberechtigten und der/dem nächst-gelegenen geeigneten Vertragspartnerin/Vertragspartner;
8. Reise-(Fahrt)kosten für Kur- und Genesungsaufenthalte nach Maßgabe des § 44 Abs. 2 Pkt. 5;
 9. Reise- oder Transportkosten aus Anlass einer Maßnahme der erweiterten Rehabilitation im Sinne des § 70 b B-KUVG;
 10. Reisekosten bei Maßnahmen der Krankheitsverhütung im Sinne des § 45.
- (7) Auf die Übernahme von Reise-(Fahrt)kosten besteht kein Rechtsanspruch; dies gilt auch für die Übernahme der Kosten von Transporten nach Abs. 6 Z. 2, 6, 7 und 9.
- (8) Die Kostenübernahme erfolgt für die kürzestmögliche zumutbare Fahrt-(Beförderungs)strecke zwischen den jeweils in Abs. 6 angegebenen Punkten, unabhängig davon, ob diese tatsächlich Ausgangspunkt oder Ziel der Fahrt (des Transportes) sind; Abs. 6 Pkt. 5 bleibt dadurch unberührt. Sie ist jedenfalls auf den tatsächlich zurückgelegten Weg und mit den tatsächlich entstandenen Kosten begrenzt.

§ 42 a

Reise-(Fahrt)kosten

- (1) Die KFA ersetzt Reise-(Fahrt)kosten bis zum Betrag von € 0,09 je Kilometer, bei Fahrten mit einer Begleitperson (Abs. 2) bis zum Betrag von € 0,14 je Kilometer für beide Personen. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel tatsächlich benützt wird.
- (2) Die KFA ersetzt unter Anwendung des Abs. 1 Reise-(Fahrt)kosten auch für eine Begleitperson
 1. eines Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und
 2. einer Person, die auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes einer Begleitperson bedarf, und dies ärztlich bestätigt ist.
- (3) Die KFA übernimmt Reise-(Fahrt)kosten nicht
 1. für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb des Stadt-(Orts-)gebietes und
 2. für Fahrten bis zu 20 km Entfernung.

§ 42 b

Transport-(Beförderungs-)kosten

- (1) Die KFA übernimmt Transportkosten, wenn die/der Anspruchsberechtigte auf Grund ihres/seines körperlichen oder geistigen Zustandes oder wegen der zurückzulegenden Entfernung ein öffentliches Verkehrsmittel auch mit einer Begleitperson nicht benutzen kann, und dies ärztlich bescheinigt wird. Geleistet wird die medizinisch unbedingt erforderliche Art des bodengebundenen Transportes mit einem dafür ausgestatteten Kraftfahrzeug (Abs. 2) oder – falls eine Beförderung auf dem Landweg wegen des

Zustandes der/des Erkrankten oder der Dringlichkeit des Falles nicht zu verantworten wäre – der Transport mit einem dafür ausgestatteten Luftfahrzeug.

(2) Ein bodengebundener Transport erfolgt als:

1. Krankenbeförderung:

Befördert wird eine Anspruchsberechtigte/ein Anspruchsberechtigter, die/der während der Fahrt und auf dem Weg zum oder vom Fahrzeug keiner Unterstützung durch eine Sanitäterin/einen Sanitäter bedarf. Die/der Anspruchsberechtigte kann mit einem privaten Kraftfahrzeug oder einem Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagen) befördert werden.

2. Einfacher Krankentransport:

Transportiert wird eine Anspruchsberechtigte/ ein Anspruchsberechtigter, die/der keine Notfallpatientin/kein Notfallpatient ist und die/der auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch eine Sanitäterin/einen Sanitäter bedarf und/oder bei der/dem die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Die/Der Anspruchsberechtigte kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei die Sanitäterin/der Sanitäter gleichzeitig Einsatzfahrerin/Einsatzfahrer ist.

3. Qualifizierter Krankentransport:

Transportiert wird eine Anspruchsberechtigte/ein Anspruchsberechtigter, die/der keine Notfallpatientin/kein Notfallpatient ist und die/der während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen ist. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch eine Sanitäterin/einen Sanitäter, die/der nicht gleichzeitig Einsatzfahrerin/Einsatzfahrer ist. Die/Der Anspruchsberechtigte wird liegend oder sitzend in einem Tragsessel oder Rollstuhl mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert.

4. Rettungstransport:

Transportiert wird eine Notfallpatientin/ein Notfallpatient, die/der sich nicht in Lebensgefahr befindet, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch eine Sanitäterin/einen Sanitäter, die/der nicht gleichzeitig Einsatzfahrerin/Einsatzfahrer ist.

5. Notarzttransport:

Transportiert wird eine Notfallpatientin/ein Notfallpatient, die/der sich in Lebensgefahr befindet und/oder bei der/dem schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie/er am Notfallort nicht notärztlich versorgt wird. Die/Der Anspruchsberechtigte ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch eine Sanitäterin/einen Sanitäter und eine Notärztin/einen Notarzt, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrerin/Einsatzfahrer sind.

(3) Die Kosten eines Transportes von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete werden nur übernommen, wenn die abgebende Krankenanstalt nicht zur weiteren Untersuchung oder Behandlung der/des Anspruchsberechtigten geeignet ist, und ihr Rechtsträger nicht verpflichtet ist, diese Kosten zu tragen.

- (4) Die Kosten eines medizinisch unumgänglich notwendigen, vertraglich nicht geregelten Transportes mit einem Flächenflugzeug werden in der notwendigen Höhe ersetzt. Bei Benützung eines privaten Kraftfahrzeuges gebührt eine Entschädigung analog zur BVA. Im Übrigen werden Transportkosten in Höhe der Vertragstarife übernommen. Im Falle eines vertragslosen Zustandes leistet die KFA zu den tatsächlichen Kosten einen Zuschuss analog zur BVA.

§ 43

Ersatzlos gestrichen.

§ 44

Erweiterte Heilbehandlung und erweiterte Rehabilitation

- (1) Unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit und der ihr im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung zur Verfügung stehenden Mittel gewährt die KFA als freiwillige Leistungen:
1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit;
 2. Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation;
 3. Unterstützungen
- (2) Als Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können unter Berücksichtigung des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft insbesondere gewährt werden:
1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
 2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;
 3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
 4. ersatzlos gestrichen;
 5. die im Inland erwachsenen Reise-(Fahrt)kosten für die unter Z 1 bis Z 3 bezeichneten Zwecke im Ausmaß des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels nach den Bestimmungen der Richtlinien für die erweiterte Heilbehandlung.
- (3) Leistungen nach Abs. 2 werden durch Vertragseinrichtungen oder durch die Gewährung von Zuschüssen erbracht.
- (4) Bei Gewährung von Kuraufenthalten ist vom Mitglied eine Zuzahlung von täglich € 6,- für ein Einbettzimmer und von täglich € 3,50 für einen Platz in einem Zweibettzimmer zu leisten. Bei Einweisung in Vertragseinrichtungen wird die Zuzahlung im Vorhinein vorgeschrieben und bei Gewährung von Zuschüssen im Nachhinein einbehalten. Keine Zuzahlung haben jene Personen zu entrichten, die von der Zahlung der Rezeptgebühr befreit sind.
- (5) Als Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation können unter Berücksichtigung des Ziels der Rehabilitation in der Krankenfürsorge Mitgliedern, die an einer körperlichen,

geistigen oder physischen Behinderung leiden, ausgenommen die im § 3 Abs. 2 und 4 bezeichneten Personen, gewährt werden und zwar nach Maßgabe des § 30 der KO:

1. berufliche Maßnahmen der Rehabilitation;
 2. soziale Maßnahmen der Rehabilitation.
- (6) In besonders berücksichtigungswürdigen Fällen können an erkrankte Mitglieder bzw. Angehörige Unterstützungen gewährt werden. Für die Gewährung der Unterstützungen sind vom Ausschuss der Krankenfürsorgeanstalt Richtlinien zu erlassen.
- (7) Auf Leistungen der erweiterten Heilbehandlung besteht kein Rechtsanspruch.

§ 45

Krankheitsverhütung

- (1) Zur Verhütung des Eintritts und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:
1. Gesundheitsfürsorge, wie die Gesunden- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche;
 2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnkaries;
 3. gesundheitliche Aufklärung der Mitglieder und ihrer Angehörigen.
- (2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungen und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.
- (3) Die KFA kann die in Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, dass sie sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 46

Leistungen der Unfallheilbehandlung

Die Unfallheilbehandlung ist in entsprechender Anwendung der §§ 33 bis 35a, 37 bis 40 und 42 bis 42b der Satzung in einer Art und in einem Ausmaß zu gewähren, dass der Zweck der Heilbehandlung tunlichst erreicht wird. Verpflegskosten bei Inanspruchnahme eines Unfallkrankenhauses (einer Unfallstation) werden im Rahmen des jeweils geltenden Vertrags übernommen.

§ 47

Sicherstellung der Krankenfürsorge im Ausmaß jener der Bundesbeamtinnen/Bundesbeamte

Wenn nach den vorstehenden Bestimmungen nicht mindestens jene Krankenfürsorge sichergestellt ist, die für Bundesbeamtinnen/Bundesbeamte vorgesehen ist, hat der Ausschuss der KFA

- a) im Einzelfall vorschussweise jene Leistungen zu gewähren, auf die nach dem B-KUVG 1967 bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) versicherte Personen Anspruch haben, und
- b) unverzüglich beim Gemeinderat die entsprechende Abänderung bzw. Ergänzung dieser Satzung bzw. der KO zu beantragen.

§ 48

Zusätzliche Leistungen

- (1) Außer den in den §§ 31 bis 46 vorgesehenen Leistungen werden zusätzliche Leistungen jenen Mitgliedern und deren Angehörigen gewährt, die die Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis beantragt, die vorge-sehene Wartefrist erfüllt haben und den für die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen vorgesehenen besonderen Beitrag (§ 25) entrichten.
- (2) Der Antrag auf Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis ist schriftlich unter Verwendung der hierfür bei der KFA aufliegenden Drucksorte vom Mitglied für sich und jede(n) anspruchsberechtigte(n) Angehörige(n) zu stellen. Die/der die Angehörigeneigenschaft besitzende geschiedene Ehegattin/Ehegatte kann jedoch diesen Antrag selbst stellen. Die Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis beginnt mit dem der Antragstellung nachfolgenden Monatsersten. Die Einbeziehung von Angehörigen kann nur erfolgen, wenn das Mitglied selbst dem auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis angehört. Personen, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, können in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis nicht mehr einbezogen werden, es sei denn, dass diese erst zu einem nach dem 45. Lebensjahr liegenden Zeitpunkt in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis zur Stadt aufgenommen werden, jedoch das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diesbezügliche Anträge sind binnen einem Monat nach Übernahme in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis zur Stadt Graz zu stellen. Mitglieder gemäß § 3 Abs. 3 können den Antrag auf Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis nach Vollendung des 45. Lebensjahres nur dann bei der KFA einbringen, wenn auch ihr privatrechtliches Dienstverhältnis zur Stadt nach diesem Zeitpunkt begonnen hat. Diesbezügliche Anträge sind innerhalb eines Monats nach Beginn des Dienstverhältnisses zu stellen.
- (3) Die Wartezeit beträgt drei Monate, bei Entbindungsfällen und damit in Zusammenhang stehenden Krankheiten neun Monate; bei Neugeborenen, deren Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis binnen Monatsfrist, gerechnet vom Tag der Geburt, beantragt und der hierfür zu entrichtende besondere Beitrag ab dem Monat der Geburt geleistet wird, entfällt die Wartezeit. Die Wartezeit beginnt mit der Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis. Vor Ablauf der Wartezeit können zusätzliche Leistungen nicht gewährt werden.

- (4) Für das Erlöschen und das Ruhen der Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen gelten die Bestimmungen der §§ 5, 6, 7 und 8 sinngemäß, jedoch bleiben Ansprüche auf zusätzliche Leistungen für Angehörige weiter erhalten, die nur aus dem Grund des Eintritts einer anderweitigen Krankenversicherungspflicht (§ 4 Abs. 1) ihre Angehörigeneigenschaft verloren haben, wenn die jeweils vorgesehenen besonderen Beiträge unmittelbar anschließend an den letzten Monat der Beitragsleistung weiterentrichtet werden. Die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen endet ferner mit dem der Abmeldung und Ausscheidung nachfolgenden Monatsersten. Die Abmeldung kann vom Mitglied sowie von der geschiedenen Ehegattin/dem geschiedenen Ehegatten schriftlich gestellt werden. Die Anspruchsberechtigung erlischt überdies, wenn die besonderen Beiträge in zwei aufeinander folgenden Monaten trotz Mahnung nicht entrichtet werden. Für die Dauer eines Urlaubs ohne Bezüge kann die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen für das Mitglied und seine Angehörigen auch in Fällen des Ruhens der Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen (§ 7 Abs. 1) beibehalten werden, wenn vom Mitglied binnen Monatsfrist nach Antritt des Urlaubs ohne Bezüge der Antrag gestellt wird, die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen während des Urlaubs ohne Bezüge zu belassen. Abweichend von den Bestimmungen des Abs. 2 kann der Ausschuss nach freiem Ermessen in berücksichtigungswürdigen Fällen Angehörigen, die durch Abmeldung die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen verloren haben, über ihr Ansuchen die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen belassen bzw. wieder zuerkennen. Wird dieses Ansuchen innerhalb von drei Monaten nach der wirksam gewordenen Abmeldung gestellt und werden die besonderen Beiträge unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Abmeldung weiter entrichtet, so entfällt die im Abs. 3 vorgesehene Wartezeit; wird dieses Ansuchen jedoch nach Ablauf von drei Monaten nach dem Abmeldezeitpunkt gestellt, so kann eine Wiedereinbeziehung nur nach Ablauf der vorgesehenen Wartezeit erfolgen. Mitgliedern und Angehörigen, deren Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen erloschen ist, kann der Ausschuss nach freiem Ermessen die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen bis zur Erfüllung der Wartezeit bei einer Zusatzkrankenversicherung weiter zuerkennen. Die Weiterzuerkennung kann sich bei männlichen Personen höchstens auf vier Monate, bei weiblichen Personen höchstens auf zehn Monate belaufen. Der Antrag auf eine solche Weiterzuerkennung ist innerhalb Monatsfrist nach Erlöschen der Anspruchsberechtigung zu stellen.
- (5) Für die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen sind die in der Anlage II dieser Satzung festgesetzten besonderen Beiträge zu entrichten. Das Nähere regelt die KO.
- (6) Es sind folgende zusätzliche Leistungen vorgesehen:
1. Leistungen im Fall einer von der KFA gemäß § 39 oder einer Sozialversicherung gewährten Anstaltspflege, und zwar:
 - a) Bei Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) in einem Vertragskrankenhaus werden die anfallenden Verpflegs-, Operations- und Behandlungskosten sowie sonstige Nebengebühren, sowohl für operative wie nicht operative Fälle, im Weg der direkten Abrechnung mit dem Vertragskrankenhaus übernommen.

- b) Bei Aufenthalt in einem Krankenhaus, das die Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse anbietet, werden bei Nichtinanspruchnahme der höheren Gebührenklasse oder falls zwar der Aufenthalt in der höheren Gebührenklasse erfolgt, aber die Kosten hierfür selbst, von einer Versicherung oder einer dritten Person bestritten werden, für jeden Verpflegstag die jeweils vom Gemeinderat festgesetzten Barbeträge geleistet (Anlage III).
Barbeträge gelangen bei Heilverfahren in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, nicht zur Auszahlung.
- c) Bei Anstaltspflege in einem Nichtvertragskrankenhaus werden zusätzlich zu den nach § 39 zustehenden Leistungen die Kosten bis zu der Höhe ersetzt, die sich aus der Differenz zwischen dem gemäß § 39 jeweils festgelegten Kostenersatz und den jeweils festgelegten Kosten der höheren Gebührenklasse des Landeskrankenhauses Graz ergeben.
- d) Bei Anstaltspflege auf Grund von nachgewiesenem Alkohol- oder Suchtgiftmissbrauch und damit unmittelbar im Zusammenhang stehenden Krankheiten werden die Kosten für die höhere Gebührenklasse nur einmal für die Dauer von 14 Tagen übernommen. Der Ausschuss der KFA kann in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen eine Verlängerung beschließen.
- e) Im Bedarfsfalle werden die Kosten für eine Begleitperson in der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) bei Krankenhausaufenthalten von Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres übernommen.
2. Zuschüsse für Operationen in der Ordination der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes, Kuraufenthalte, Genesungs- und Landaufenthalte, Spezialpräparate (Antibiotika), jedoch nur insoweit, als die Mittel des Fonds für zusätzliche Leistungen (§ 26 Abs. 2) zur Sicherstellung der unter Z 1 angeführten zusätzlichen Leistungen ausreichen.

§ 48 a

Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der Mitglieder gemäß § 3 Abs. 3 und Abs. 4

- (1) Unbeschadet der Geltung der Bestimmungen des Abschnittes IV. Leistungen der Krankenfürsorge sind für diesen Personenkreis folgende Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden:
1. Verwirkung des Leistungsanspruches gemäß § 88 Abs. 1, Abs. 2 lit. a und Abs. 3,
 2. Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld gemäß § 90,
 3. Berücksichtigung von Erwerbseinkommen bei Leistungen gemäß § 91,
 4. Entziehung von Leistungsansprüchen gemäß § 99,
 5. Erlöschen von Leistungsansprüchen gemäß § 100 Abs. 1 lit. a,
 6. Aufgaben der Krankenversicherung für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gemäß § 116 Abs. 1 Z 2,
 7. Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 117 Z 1, 3 und Z 4 lit. d,
 8. Ermächtigung für satzungsmäßige Mehrleistungen gemäß § 121 Abs. 3,
 9. Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit gemäß § 121 Abs. 4,

10. Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung gemäß § 122,
 11. Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 132 a Abs. 1 bis 3,
 12. Dauer der Krankenbehandlung gemäß § 134,
 13. Krankengeld gemäß §§ 138 bis 143,
 14. Wochengeld gemäß den §§ 162 sowie 165 bis 167.
- (2) Abweichend von den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist Bemessungsgrundlage für das Krankengeld gemäß §§ 138 ff. ASVG ein Dreißigstel der um ein Sechstel erhöhten Beitragsgrundlage im letzten Monat mit vollem Entgeltanspruch. Kommt ein solcher Monat nicht in Betracht, so ist der Monat des Eintrittes des Leistungsfalles maßgebend.
- (3) Das Kranken- und Wochengeld wird alle vier Wochen im Nachhinein ausbezahlt.

§ 48 b

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld

- (1) Wenn die/der Anspruchsberechtigte durch eine Wahlärztin/einen Wahlarzt behandelt wird, kann der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch die Wahlärztin/den Wahlarzt, sondern durch eine(n) von der KFA bestimmte(n) Ärztin/Arzt festgestellt werden. Der Anspruch auf Kostenerstattung für die wahlärztliche Behandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn die/der durch die KFA bestimmte Ärztin/Arzt eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt ist.
- (2) Die KFA leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für Anspruchsberechtigte – ausgenommen die nach § 84 B-KUVG in Verbindung mit § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten – Krankengeld bis zur Höchstdauer von 78 Wochen. Für ein und denselben Versicherungsfall wird über die Dauer von 26 Wochen hinaus Krankengeld nur längstens bis zum Ende des Kalendermonats 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 die/der Versicherte die Tätigkeit, auf Grund welcher sie/er als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Bescheidzustellung folgenden Kalendermonats.
- (3) Für den Anspruch auf die satzungsmäßige Mehrleistung nach Abs. 2 muss eine Wartezeit von sechs Monaten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles unter Berücksichtigung der Zeiten gemäß § 84 B-KUVG in Verbindung mit § 121 Abs. 4 ASVG erfüllt sein.

§ 48 c

Wochengeld

Die KFA berücksichtigt die auf die letzten drei Kalendermonate entfallenden Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes, in dem sie den nach § 84 B-KUVG in Verbindung mit § 162 Abs. 3 ASVG ermittelten Nettoverdienst um 17 % erhöht.

§ 48 d

Bestätigung über das Entgelt

- (1) Die bezugsanweisende Stelle der Stadt Graz hat im Falle der Arbeitsunfähigkeit einer(s) bei der KFA anspruchsberechtigten Vertragsbediensteten dieser(m) oder der KFA für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltbestätigung“ anzugeben:
1. die Personaldaten der(s) Anspruchsberechtigten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Personalnummer, Versicherungsnummer),
 2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
 3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
 4. den Tag und den Grund der Beendigung des Dienstverhältnisses,
 5. die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung
 - in jenem Monat, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist, bzw.
 - im laufenden Monat, falls ein zuletzt vorangegangener Monat für die/den Anspruchsberechtigte(n) nicht in Betracht kommt,
 6. für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus gewährt wird.
- (2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass zu melden ist:
1. statt des Betrages nach Z 5 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten dreizehn Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft (§ 84 B-KUVG in Verbindung mit § 120 Abs. 1 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, und
 2. zusätzlich der Anspruch auf Sonderzahlungen.

§ 49

Schlussbestimmungen

- (1) Diese Satzung tritt mit 1.4.2012 in Kraft.
- (2) Mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die vom Gemeinderat in seiner Sitzung am 8.5.2003. erlassene KFA-Satzung, zuletzt geändert am 19.10.2006 außer Kraft.
- (3) Verfahrensschritte , die vor dem 1.4.2012 gesetzt wurden, sind weiterhin nach der KFA-Satzung vom 8.5.2003, i.d. Fassung der Änderung vom 19.10.2006 zu beurteilen.

ANLAGE I

zu § 24 Abs. 1 Rezeptgebühr

An die Stelle des Betrages von € 5,10 (ab 1.1.2011) tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2012, der unter Bedachtnahme auf § 108 i des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der jeweiligen Richtzahl (§ 108 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) verlautbarte Betrag.

ANLAGE II

zu § 25 Abs. 1 Besondere Beiträge

Ab 1.4.2010 sind folgende besondere Beiträge monatlich im Vorhinein zu entrichten:

Für Personen	
bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	€ 23,00
ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	€ 57,00
ab dem 40. Lebensjahr bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres	€ 75,00
ab dem 50. Lebensjahr	€ 90,00

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. April eines jeden Jahres, erstmals ab 1. April 2012, jene Beträge, die sich durch eine Valorisierung ergeben.

Das Prozentausmaß der Valorisierung wird vom Ausschuss der Krankenfürsorgeanstalt unter Berücksichtigung der Entwicklung der Ausgaben des Fonds für Zusätzliche Leistungen im Vorjahr sowie der Entwicklung der Ausgaben im laufenden Jahr festgesetzt.

ANLAGE III

zu § 48 Abs. 6 Z 1 lit. b Als zusätzliche Leistungen festgesetzte Barbeiträge

Bei Aufenthalt in einem Krankenhaus ohne Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse oder, falls zwar der Aufenthalt in der höheren Gebührenklasse erfolgt, aber die Kosten hierfür selbst, von einer Versicherung oder einer dritten Person bestritten werden, wird als zusätzliche Leistung für jeden Verpflegstag

a) für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein Betrag von € 26,89,

b) für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ein Betrag von € 53,78 geleistet.

Für den unter b) genannten Personenkreis wird bei stationärem Aufenthalt in der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, bzw. in einer Tbc-Heilstätte wegen

Lungentuberkulose die echte Differenz der Verpflegskosten zwischen der III. und II. Gebührenklasse, höchstens jedoch der jeweils festgesetzte Barbetrag nur für insgesamt 60 Tage für die Dauer der Anspruchsberechtigung geleistet.

A N L A G E I V
zu § 40 Abs. 2 lit.a

Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung

Zu § 40 Abs. 2 lit. a:

Abdeckplatte bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte;
 Abnahme technischer Arbeiten;
 Anästhesie (Narkose);
 Aufbau mit Höckerdeckung;
 Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen;
 Augmentationsplastik;
 Bänder, Brackets (Kleben, Aufzementieren, Abnehmen);
 Behandlung empfindlicher Zahnhälse;
 Beratung;
 Beseitigung eines Schlotterkammes;
 Bestrahlung bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen o.ä.;
 Blutstillung durch Tamponade oder Naht;
 Dekortikation bei Ostitis;
 Drahtschienenverband einschließlich Ottenhacken und intermaxillärer Fixierung;
 Drainage der Kieferhöhle;
 Durchtrennung des Lippenbändchens;
 Eckenaufbau;
 Einschleifen des natürlichen Gebisses;
 Endoskopie der Kieferhöhle;
 Entfernung eines retinierten Zahnes;
 Entfernung, operative, eines Zahnes;
 Entfernung von Osteosynthesematerial;
 Entfernung einer Zahnwurzel aus der Kieferhöhle;
 Entfernung von Schleimhautwucherungen;
 Entfernung eines Speichelsteines;
 Entfernung von Zahnstein;
 Epithesen;
 Exstirpation von Geschwülsten;
 Extraktion eines Zahnes;
 Fibrinklebung;
 Flapoperation;
 Freilegung eines retinierten Zahnes;
 Fremdkörperentfernung, chirurgische;
 Gaumennahtsprengung, chirurgische, bei Schmalkiefer;
 Gingivektomie;
 Gleitflächen;
 Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps;
 Implantatstifte, Setzen und Entfernen;

Incision eines Abszesses;
 Injektion, therapeutische;
 Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie oder des Kiefergelenkes;
 Ivyligatur;
 Jochbogenaufrichtung;
 Kieferkammkorrektur;
 Kieferkammplastik;
 Korrektur posttraumatischer Gesichts- oder Halshautveränderungen;
 Lappenoperation, paradontale;
 Ligatur traumatisch gelockerter Zähne;
 Membrane, chirurgisches Legen einer -;
 Mundvorhofplatte;
 Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen
 (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u.ä.);
 Nasentamponade;
 Neuro-Anastomose;
 Neuro-Transposition;
 Obere Platte (bei Frakturen);
 Operation kleiner Geschwülste;
 Operation, plastische, des Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens;
 Operation nach Caldwell-Luc;
 Osteotomie;
 Platzhalter;
 Probeexcision;
 Prognathieoperation nach Thoma;
 Punktion und Ausspülung einer Nebenhöhle;
 Reduktionsplastik;
 Replantation eines Zahnes mit Schienung;
 Reposition einer Kiefergelenksluxation, konservativ (unblutig);
 Reposition einer Jochbeinfraktur, transkutan (unblutig);
 Reposition einer Kieferfraktur;
 Resektion von Wurzelspitzen;
 Resektion (Exhairese) eines peripheren Trigeminusastes;
 Resektionskloß ohne Prothese;
 Retention (Schienung) einer Kieferfraktur, allenfalls des Gegenkiefers;
 Revision der Kieferhöhle mit Antrotomie;
 Röntgenuntersuchungen (Zahnrontgen, Panoramaröntgen, Fernrontgen des Schädels,
 Sialographie);
 Schienen (Aufbiss-, gegossene Greifer-, Heister-, Kappen-, Knirscher-, Miniplast-,
 Lingual-, Sauer-, Tiefziehschiene) einschließlich Anlegen und Abnahme;
 Sequesterentfernung;
 Sinuslift;
 Speichelgangsondierung;
 Splitting;
 Spülung der Kieferhöhle;
 Stiftverankerung;
 Stomatitisbehandlung;
 Taschenabtragung, chirurgische;

Thierschplatte;
Transplantation von Schleimhaut;
Transplantation eines Zahnes;
Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung);
Verblockung bei Paro;
Verschluss einer Kieferhöhlenfistel;
Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik;
Versorgung von Haut- und Schleimhautwunden;
Vestibulumplastik;
Visite;
Wangenschild;
Wiedereinzementieren technischer Arbeiten;
Wundrevision, chirurgische, bei dolor post;
Wurzelbehandlung, Amputation oder Exstirpation, vollendet oder unvollendet;
Zahnfüllungen, ein-, zwei-, drei- oder mehrflächig, einschließlich Unterlage;
Zystenobturator;
Zystenoperation



**KRANKENFÜRSORGEANSTALT FÜR DIE BEAMTEN
DER LANDESHAUPTSTADT GRAZ
8011 Graz, Schmiedgasse 26**

KFA - Krankenordnung

2012

WORTLAUT

der

KFA – KRANKENORDNUNG 2012

in der Fassung des Beschlusses des Gemeinderates:

vom 9.2.2012, GZ. KFA-K 36/2001-7

Verordnung

des Gemeinderates der Landeshauptstadt Graz vom 9.2.2012 betreffend die näheren Vorschriften über die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenfürsorgeanstalt, die Art und den Umfang der Leistungen, das Verhalten der Anspruchsberechtigten während der Heilbehandlung.

(KFA-Krankenordnung)

KFA-K 36/2001-7

Auf Grund des § 37 (4) der Dienst- und Gehaltsordnung der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl Nr. 30/1957, in der Fassung LGBl Nr. 56/2011 und des § 21a des Grazer Gemeindevertragsbedienstetengesetzes 1974, LGBl Nr.30/1974, in der Fassung LGBl Nr. 81/2010 wird nachstehende KFA-Krankenordnung erlassen:

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Gegenstand der Krankenordnung

- (1) Die Krankenordnung regelt für den Bereich der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (KFA) als gesetzliche Krankenversicherung das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Pflichten der/des Anspruchsberechtigten und deren/dessen Kontrolle im Leistungsfall. Anspruchsberechtigte/Anspruchsberechtigter im Sinn der Krankenordnung ist – unter Bedachtnahme auf den konkreten Zusammenhang – das Mitglied, die/der Angehörige (§ 4 der KFA-Satzung) oder eine andere Person, die eine Leistung der Krankenversicherung empfangen will, empfängt oder empfangen hat; dies unabhängig davon, ob ein Anspruch auf diese Leistung tatsächlich besteht.
- (2) Verfahrensrechtliche Bestimmungen in anderen Rechtsvorschriften werden durch die Krankenordnung nicht berührt.
- (3) Im Rahmen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen kann die KFA Leistungen auch dann erbringen, wenn Verfahrensvorschriften aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht eingehalten wurden. Solche Gründe sind insbesondere dann vorhanden, wenn
 1. die Leistung sofort erbracht werden musste,
 2. eine entschuldbare Verhinderung (z.B. wegen Krankheit) glaubhaft gemacht wird, oder
 3. die Bewilligung in besonderen Ausnahmefällen nicht vorher eingeholt wurde.

§ 2**Leistungserbringung allgemein**

- (1) Die KFA erbringt Leistungen der Krankenversicherung nur auf Antrag der/des dazu Berechtigten. Der Antrag ist bei der KFA Graz einzubringen. Die/der Anspruchsberechtigte hat bei der Antragstellung ihre/seine Versicherungs- oder Mitgliedsnummer (=Personalnummer) anzugeben.
- (2) Der Antrag auf eine Sachleistung gilt als eingebracht, wenn und sobald die Anspruchsberechtigung der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner nach § 3 nachgewiesen wird, sofern
 - die Leistung nicht vorher von der KFA bewilligt werden muss (Abs. 3), und
 - es sich um eine Vertragsleistung dieser Vertragspartnerin/dieses Vertragspartners handelt.
- (3) Die bewilligungspflichtigen Leistungen und allfällige spezielle Verfahrensregeln sind in Anhang 1 genannt.
- (4) Der Antrag ist schriftlich einzubringen, sofern es die KFA verlangt. Hat die KFA für den Geschäftsfall ein Formular aufgelegt, muss es die/der Anspruchsberechtigte verwenden. Sie/er hat es vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.
- (5) Die KFA erbringt Sachleistungen der Krankenfürsorge durch Vertragspartnerinnen/Vertragspartner. Es steht der/dem Anspruchsberechtigten frei, die Gesundheitsdienstleisterin/den Gesundheitsdienstleister ihrer/seiner Wahl aufzusuchen; Vorschriften für die Übernahme der Kosten dieser Leistung, von Reise-(Fahrt-)kosten, Transportkosten und Wegegebühren bleiben davon unberührt. Konsultiert die/der Anspruchsberechtigte nicht eine Vertragspartnerin/einen Vertragspartner, oder ist die Leistung nicht vertraglich geregelt, kann die/der Anspruchsberechtigte unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung Ersatz der Kosten beantragen.
- (6) Auf Verlangen der KFA oder der Vertragspartnerin/des Vertragspartners hat die/der Anspruchsberechtigte ihre/seine Identität nachzuweisen.

§ 3**Anspruchsnachweis im Inland**

- (1) Wer im Inland Vertragsleistungen nach den §§ 8 Abs.2, 9 bis 14, 19 und 22 bis 24 auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen will, hat der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner der KFA die e-card oder den Ersatzbeleg vorzulegen. E-card und Ersatzbeleg dürfen der behandelnden Stelle erst unmittelbar vor der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Leistung übergeben und nicht bei der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer hinterlegt werden.
- (2) Die Anspruchsberechtigung wird mit der e-card nachgewiesen mittels Abfrage

des Leistungsanspruches im elektronischen Verwaltungssystem ELSY. Die/Der Anspruchsberechtigte hat dazu anlässlich jeder Inanspruchnahme einer Vertragspartnerin/eines Vertragspartners das Benützen der Karte zur Abfrage zuzulassen oder die entsprechenden Abfragen selbst einzuleiten.

- (3) Kann die/der Anspruchsberechtigte weder die e-card noch einen gültigen Ersatzbeleg vorlegen, hat sie/er ihre/seine Versicherungsnummer anzugeben, ihren/seinen Leistungsanspruch gegen die KFA plausibel zu machen und die Richtigkeit ihrer/seiner Angaben durch eigenhändige Unterschrift zu bestätigen. Sie/er hat damit zu rechnen, dass die Vertragspartnerin/der Vertragspartner einen angemessenen Geldbetrag als Sicherheit fordert, der später bei Vorlage der e-card und nach erfolgreicher Abfrage des Leistungsanspruches (Vorlage des Ersatzbeleges) von der Vertragspartnerin/vom Vertragspartner rückerstattet wird.
- (4) Will die/der Anspruchsberechtigte eine Behandlung nicht auf Kosten der KFA in Anspruch nehmen, darf sie/er der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner die e-card (den Ersatzbeleg) nicht vorlegen. Für Behandlungen oder Untersuchungen, die nicht zur gesetzlichen Leistungsverpflichtung der KFA gehören, darf die e-card (der Ersatzbeleg) ebenfalls nicht verwendet werden, z.B. im Zusammenhang mit
1. Sportuntersuchungen, Befreiungen vom Turnunterricht, Skikurs etc.,
 2. Pflegefreistellungsersuchen,
 3. Einstellungsuntersuchungen bei Dienstantritt,
 4. Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzmaßnahmen
 5. Untersuchungen zur medizinischen Befundung einer Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder der Notwendigkeit eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Leistungsauftrages der KFA.

§ 3a

Zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe

- (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 der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner (der Einrichtung) des aushelfenden ausländischen Versicherungsträgers (Gesundheitsdienstes) die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eine Ersatzbescheinigung vor. Näheres zu diesen Nachweisen regelt der 5. Teil dieser Kranken-ordnung.
 - b) Ist lit. a nicht anwendbar, hat die/der Anspruchsberechtigte dem für die Sachleistungsaushilfe zuständigen Versicherungsträger (Gesundheitsdienst) vor der Inanspruchnahme von Leistungen einen Betreuungs-

schein 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 eines österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch zu nehmen.

§ 4

Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

- (1) Die KFA ist im Hinblick auf ihre gesetzliche Verpflichtung berechtigt, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen, insbesondere die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung, zu überprüfen. Die/der Anspruchsberechtigte hat ihr daher die Begründung der Behandlerin/des Behandlers für die Leistung und Unterlagen (z.B. Befunde, Krankengeschichten) beizubringen, falls die Leistung bewilligungspflichtig ist, oder falls die KFA es im Einzelfall verlangt. Die KFA überprüft das Vorliegen der Voraussetzungen auch nach Inanspruchnahme einer Leistung.
- (2) Die KFA kann die Anspruchsberechtigte/den Anspruchsberechtigten vorladen. Sie/Er hat die Einladung zu befolgen und sich gegebenenfalls zur Prüfung ihres/seines Gesundheitszustandes untersuchen zu lassen. Kann sie/er der Einladung nicht folgen, ist dies der KFA unverzüglich mitzuteilen und die Ursache der Verhinderung zu bescheinigen. Die KFA behält sich vor, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen auch im Rahmen eines Besuches bei der/dem Anspruchsberechtigten an ihrem/seinem Wohnsitz oder in einer Krankenanstalt zu überprüfen.
- (3) Bringt die/der Anspruchsberechtigte notwendige Unterlagen nicht bei, leistet sie/er einer Einladung ohne wichtigen Grund nicht Folge, oder lässt sie/er einen Besuch nicht zu, legt die KFA nach vorheriger Ankündigung der Säumnisfolgen ihrer Entscheidung den festgestellten bzw. wahrscheinlichen Sachverhalt zu Grunde.

§ 5

Mitteilungspflichten bei Leistungsanspruchnahme

Die/der Anspruchsberechtigte hat die KFA zu informieren, falls die Leistung zurückzuführen ist auf

- die Folgen eines Arbeits- oder Dienstunfalls oder einer Berufskrankheit,
- eine Dienstbeschädigung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz, dem

- Heeresversorgungsgesetz oder dem Strafvollzugsgesetz,
- eine Gesundheitsschädigung im Sinn des Verbrechensopfergesetzes, des Impfschadengesetzes oder des Opferfürsorgegesetzes,
 - ein möglicherweise die Haftung einer Dritten/eines Dritten auslösendes Ereignis (z.B. Verkehrsunfall, Verletzung durch Fremdeinwirkung).

§ 5 a Auszahlung von Leistungen

Die KFA überweist Geld- und Ersatzleistungen in der Regel auf ein Girokonto der/des Anspruchsberechtigten. Die/Der Anspruchsberechtigte hat bei der Antragstellung ein Girokonto zu benennen oder ausdrücklich Barzahlung zu verlangen. Barzahlung erfolgt im Wege einer Postanweisung.

2. Teil Besondere Bestimmungen

1. Abschnitt Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 6 Vorsorge(Gesunden)untersuchung

Die/der Anspruchsberechtigte kann eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung im Sinn der Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 31 Abs. 5 Z. 18 ASVG) bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt oder einer Vertragseinrichtung als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. § 9 Abs. 2 und 4 gilt sinngemäß. Die/der Anspruchsberechtigte hat der Untersuchungsstelle die für die Durchführung der Untersuchungsprogramme erforderlichen Angaben wahrheitsgetreu und vollständig zu machen.

§ 7 Humangenetische Vorsorgeuntersuchung

Die/der Anspruchsberechtigte kann eine humangenetische Vorsorgeuntersuchung in einer Vertragseinrichtung als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. § 9 Abs. 2 bis 4 gilt sinngemäß.

§ 8 FSME- und Influenza-Schutzimpfung

(1) Die/der Anspruchsberechtigte erhält den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss für die aktive Immunisierung gegen Frühsommermeningoenzephalitis

1. als Ersatzleistung nach Maßgabe des 3. Teiles der Krankenordnung oder
2. im Wege der Verrechnung zwischen KFA und Apotheke oder Impfstelle, die den Impfstoff zu einem um den Zuschuss verminderten Preis abgeben

hat, wenn die/der Anspruchsberechtigte dieser den Erhalt des Impfstoffes und die begünstigte Abgabe bestätigt.

(2) Für die Inanspruchnahme der Impfung gegen Influenza im Pandemiefall (§132 c Abs. 1 Z 4 ASVG) gelten die §§ 9 und 15 sinngemäß, wobei der Impfstoff auch bei anderen als den im § 15 Abs. 1 genannten Stellen bezogen werden darf, soweit diese nach den Vorschriften des Arzneimittelwesens zur Abgabe berechtigt sind.

2. Abschnitt Krankenbehandlung

§ 9 Ärztliche Hilfe

(1) Die/der Anspruchsberechtigte kann ärztliche Hilfe bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt, einer Vertragsgruppenpraxis, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen.

(2) Ausschließlich nach vorhergehender Zuweisung einer Ärztin/eines Arztes eines anderen als der nachgenannten Fachgebiete können in Anspruch genommen werden

1. eine Fachärztin/ein Facharzt, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Labordiagnostik,
2. eine Fachärztin/ein Facharzt, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Radiologie.

(3) Bei Inanspruchnahme einer Ärztin/eines Arztes in der Ordination (in einer Gruppenpraxis) ist die Ordinationszeit einzuhalten. Eine Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeit, insbesondere während der Nachtzeit (20 bis 7 Uhr), am Wochenende oder an einem Feiertag, ist nur in dringenden Fällen (z.B. Erste Hilfe) zulässig, auch wenn die Ärztin/der Arzt zum Bereitschafts-, Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilt ist. Ein Krankenbesuch darf nur begehrt werden, wenn die/der Anspruchsberechtigte wegen ihres/seines Zustandes nicht in der Lage ist, die Ordination aufzusuchen. Die Notwendigkeit eines Krankenbesuches ist nach Möglichkeit bis 9 Uhr bei der Ärztin/beim Arzt anzumelden.

(4) In ein und demselben Leistungsfall darf die/der Anspruchsberechtigte nicht mehr als eine Ärztin/einen Arzt konsultieren, es sei denn, die erstbehandelnde Ärztin/der erstbehandelnde Arzt weist zu einer Fachärztin/einem Facharzt zu oder beruft eine andere Ärztin/einen anderen Arzt zum Konsilium. Ein Arztwechsel ist der/dem Anspruchsberechtigten gestattet, falls

1. die/der Anspruchsberechtigte ihren/seinen Aufenthaltsort wechselt (z.B. wegen Urlaubes oder Übersiedlung), oder die bisher behandelnde

- Vertragsärztin/der bisher behandelnde Vertragsarzt ihren/seinen Ordinationssitz verlegt, sodass letztere/letzterer nicht mehr die nächst erreichbare Vertragsärztin/der nächst erreichbare Vertragsarzt ist, oder
2. die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt durch Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen verhindert ist und nicht vertreten wird, oder,
 3. der Vertrag der KFA mit der bisher behandelnden Ärztin/dem bisher behandelnden Arzt endet.

Die Konsultation einer Ärztin/eines Arztes einer Gruppenpraxis und die Konsultation eines Ambulatoriums oder einer Ambulanz einer Krankenanstalt sind der Konsultation einer niedergelassenen Ärztin/eines niedergelassenen Arztes gleichzusetzen.

§ 10

Physiotherapie oder Heilmassage

Physiotherapeutische Behandlungen können neben den in § 9 Abs. 1 genannten Stellen über Verordnung (Zuweisung) durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Krankenanstalt auch bei einer/einem zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragsphysiotherapeutin/Vertragsphysiotherapeuten als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden. § 9 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß. Die/der Anspruchsberechtigte kann ferner für die Behandlung durch eine zur freiberuflichen Berufsausübung berechnigte Heilmasseurin/einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur, unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung, einen Zuschuss analog zur BVA beantragen.

§ 11

Logopädisch-phoniatrische-audiologische Behandlung

- (1) Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen können neben den in § 9 Abs. 1 genannten Stellen auch bei einer/einem zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragslogopädin/Vertragslogopäden als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden. § 9 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.
- (2) Für die Inanspruchnahme einer Logopädin/eines Logopäden erforderlich ist eine Verordnung (Zuweisung) durch
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Neurologie,
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
 - eine Zahnärztin/einen Zahnarzt,
 - eine entsprechende Krankenanstalt oder
 - eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin, falls in einem Gebiet die obgenannten Zuweiserinnen/Zuweiser nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

§ 12 Ergotherapie

- (1) Ergotherapeutische Behandlungen können neben den in § 9 Abs. 1 genannten Stellen auch bei einer/einem zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragsergotherapeutin/Vertragsergo-therapeuten als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden. § 9 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.
- (2) Für die Inanspruchnahme einer Ergotherapeutin/eines Ergotherapeuten ist eine Verordnung (Zuweisung) durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Krankenanstalt erforderlich.

§ 13 Klinisch-psychologische Diagnostik

- (1) Klinisch-psychologische Diagnostik kann außer in einer Vertragseinrichtung (§ 9 Abs. 1) bei einer/einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten klinischen Vertragspsychologin/Vertragspsychologen als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden. § 9 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.
- (2) Für die Inanspruchnahme einer klinischen Psychologin/eines klinischen Psychologen erforderlich ist eine Verordnung (Zuweisung) durch
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Neurologie (und Psychiatrie),
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie (und Neurologie),
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für innere Medizin,
 - eine Fachärztin/einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
 - eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten,
 - eine entsprechende Krankenanstalt oder
 - eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin,falls in einem Gebiet die obgenannten Zuweiserinnen/Zuweiser nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

§ 14 Psychotherapie

Psychotherapie kann außer bei einer/einem entsprechend ausgebildeten Vertragsärztin/Vertragsarzt, in einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder in einem Vertragsambulatorium (§ 9) auch bei einer Vertragsorganisation als Sachleistung oder bei einer/einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Die/Der Anspruchsberechtigte kann für die Behandlung durch eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten einen Zuschuss analog zur BVA unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen. Die/Der Anspruchsberechtigte muss der KFA und der Psychotherapeutin/dem Psycho-

therapeuten die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung vor oder nach der ersten, jedenfalls aber vor der zweiten psychotherapeutischen Sitzung der Behandlungsserie nachweisen.

§ 15 Heilmittel

- (1) Die/der Anspruchsberechtigte kann ein Heilmittel in einer öffentlichen Vertragsapotheke, bei einer/einem hausapothekenführenden Vertragsärztin/Vertragsarzt, deren/dessen Patientin/Patient sie/er ist, oder bei einem zur Abgabe berechtigten Gewerbeunternehmen, das in einem Vertragsverhältnis zur KFA steht, als Sachleistung auf Rechnung der KFA beziehen. Sie/er benötigt dafür ein gültiges Krankenkassenrezept oder ein mit einer Bestätigung der KFA versehenes Rezept einer Wahlkrankenanstalt, einer Wahlärztin/eines Wahlarztes, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahl-einrichtung.
- (2) Das Krankenkassenrezept wird ausgestellt durch
1. eine Vertragsärztin/einen Vertragsarzt,
 2. eine Vertragsgruppenpraxis,
 3. eine Vertragseinrichtung,
 4. eine ermächtigte Ärztin/einen ermächtigten Arzt, die/der in einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt ist, die mit der KFA einen Vertrag über Verordnungen abgeschlossen hat, für den Fall
 - a) der Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der stationären Pflege,
 - b) der Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Handlung während der Nachtstunden, an Wochenenden oder Feiertagen.
- (3) Ein Krankenkassenrezept ist gültig, wenn das Krankenkassenrezeptformular vollständig ausgefüllt ist. Die/der Anspruchsberechtigte hat das Krankenkassenrezept einzulösen
- im Fall der Inanspruchnahme eines ärztlichen Not- oder Bereitschaftsdienstes binnen eines Tages
 - im Fall des Abs. 2 Z 4 binnen drei Tagen
 - im Fall einer Suchtgift-Einzelverschreibung binnen 14 Tagen
 - in allen anderen Fällen binnen eines Monats
- ab dem Ausstellungsdatum. Bedarf eine Verordnung der Zustimmung der KFA, gilt das Datum der Bewilligung als Ausstellungstag. Wird die Frist überschritten, weil das Heilmittel von der Apotheke nicht rechtzeitig beschafft werden kann, bleibt das Rezept gültig, wenn die Apotheke bzw. die/der hausapothekenführende Ärztin/Arzt den Einreichungstag sowie die Dauer der Verzögerung und ihre Begründung auf dem Rezept bestätigt.
- (4) Die Formblätter für die Suchtgiftverschreibung sind dem Krankenkassenrezeptformular gleichgestellt. Die Bestimmungen der Suchtgiftverordnung bleiben unberührt.

- (5) Ist die/der Anspruchsberechtigte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit, hat sie/er dies den VertragspartnerInnen, die das Heilmittel verordnen, oder den VertragspartnerInnen, bei denen sie/er das Rezept einlöst, nachzuweisen.

§ 15 a Rezeptgebührenbefreiung

- (1) Mit einem Antrag auf
- Befreiung von der Rezeptgebühr wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit oder
 - Neufestsetzung des für die Ermittlung der Rezeptgebührenobergrenze maßgeblichen Jahresnettoeinkommens
- hat die/der Anspruchsberechtigte vollständige Angaben und geeignete Unterlagen über alle Umstände, die für die Ermittlung des Nettoeinkommens im Sinne der Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG maßgeblich sind, vorzulegen. Die/Der Anspruchsberechtigte hat der KFA alle Umstände, aus denen sich eine Änderung der im Antrag dargelegten Einkommensverhältnisse ergibt, unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (2) Ist die/der Anspruchsberechtigte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit, hat sie/er dies der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner, die/der das Heilmittel verordnet, oder der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner, bei der/dem sie/er das Rezept einlöst, durch Verwenden der e-card (§ 3 Abs. 2) oder mit der von der KFA ausgestellten Bescheinigung nachzuweisen.
- (3) Macht die/der Anspruchsberechtigte in einem Antrag auf Refundierung der bezahlten Rezeptgebühren geltend, dass von ihr/ihm im laufenden Kalenderjahr bezahlte Rezeptgebühren über der Rezeptgebührenobergrenze liegen, so hat sie/er dies der KFA durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

§ 16 Heilbehelfe und Hilfsmittel

- (1) Die/der Anspruchsberechtigte kann Heilbehelfe und Hilfsmittel (Behelfe) in öffentlichen Vertragsapotheken oder bei zur Abgabe berechtigten Gewerbebetrieben, die in einem Vertragsverhältnis zur KFA stehen, als Sachleistung auf Rechnung der KFA beziehen. Sie/er benötigt dafür eine von Ärztinnen/Ärzten oder einer Krankenanstalt ausgestellte Verordnung. Die Verordnung wird ungültig, wenn sie nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Ausstellungstag eingelöst wird. Bedarf eine Verordnung der Zustimmung der KFA, gilt deren Datum als Ausstellungstag. Die KFA behält sich vor, bestimmte Behelfe ausschließlich leihweise durch Vertragspartnerinnen/ Vertragspartner oder aus eigenen Beständen beizustellen. Will die/der Anspruchsberechtigte einen Behelf beziehen, der

nicht Vertragsleistung der KFA ist, hat sie/er einen Kostenvoranschlag beizubringen.

- (2) Die/der Anspruchsberechtigte hat mit dem Behelf sorgfältig umzugehen. Stellt die KFA einen Behelf leihweise bei, ist er nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben.
- (3) Ist die/der Anspruchsberechtigte vom Kostenanteil gemäß § 38 a der KFA-Satzung befreit, hat sie/er dies den Vertragspartnerinnen/den Vertragspartnern, bei denen sie/er die Verordnung einlöst, nachzuweisen.

§ 17

Anmelde und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

Die KFA übernimmt Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

1. als Ersatzleistung nach Maßgabe des 3. Teiles der Krankenordnung oder
2. durch Verrechnung mit jener Stelle, welche die Anmeldung bzw. Registrierung veranlasst oder durchführt.

3. Abschnitt

Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege

§ 18

Anstaltspflege

- (1) Die/der Anspruchsberechtigte kann Anstaltspflege in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Vertragskrankenanstalt oder in einer privaten Vertragskrankenanstalt auf Grund einer Einweisung durch eine Ärztin/einen Arzt oder durch die KFA als Sachleistung in Anspruch nehmen. Als Anspruchsnachweis und allfällige Bewilligung gilt die von der KFA abgegebene Leistungszuständigkeits- bzw. Kostenübernahmeerklärung an die Krankenanstalt.
- (2) Die/der Anspruchsberechtigte kann ärztliche Leistungen im Rahmen einer Anstaltspflege in einem Belegspital bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen.
- (3) Die satzungsmäßigen Leistungen bei Anstaltspflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse kann die/der Anspruchsberechtigte in Krankenanstalten, die darüber mit der KFA einen Vertrag geschlossen haben, als Sachleistung in Anspruch nehmen, sofern sie/er dem Fonds für Zusätzliche Leistungen angehört.

§ 19

Medizinische Hauskrankenpflege

- (1) Die/der Anspruchsberechtigte kann medizinische Hauskrankenpflege bei

einer Vertragsorganisation der KFA als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Sie/er kann auch eine/einen zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Angehörige/berechnigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege heranziehen und dafür eine Ersatzleistung beantragen. Medizinische Hauskrankenpflege bedarf der Anordnung und der Aufsicht einer Ärztin/eines Arztes.

(2) Nimmt die/der Anspruchsberechnigte medizinische Hauskrankenpflege als Ersatzleistung in Anspruch, hat sie/er Folgendes nachzuweisen:

1. die ärztliche Anordnung der Hauskrankenpflege sowie deren Datum
2. die Diagnosen
3. die medizinische Begründung für die Pflegeleistungen
4. Name und Qualifikation der Pflegeperson
5. Art, Dauer und Zeitpunkt der medizinischen Leistungen und qualifizierten Pflegeleistungen.

Die Vorschriften des 3. Teiles der Krankenordnung werden davon nicht berührt.

4. Abschnitt Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

§ 20 Unterbringung in einer Krankenanstalt

Die/der Anspruchsberechnigte wird in einer Vertragskrankenanstalt nach Maßgabe der vom Ausschuss der KFA erlassenen Richtlinien auf Rechnung der KFA rehabilitiert. Die/der Anspruchsberechnigte hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie erst nach Vorliegen der schriftlichen Bewilligung antreten. Sie/er hat die Bewilligung der KFA bei Antritt des Rehabilitationsaufenthaltes vorzuweisen.

§ 21 Andere Leistungen

Die/der Anspruchsberechnigte erhält ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbeihilfe und Hilfsmittel im Rahmen einer medizinischen Maßnahme der Rehabilitation nach Maßgabe der vom Ausschuss der KFA erlassenen Richtlinien unter Anwendung der §§ 9 bis 16.

5. Abschnitt § 22 Zahnbehandlung und Zahnersatz

(1) Die/der Anspruchsberechnigte kann Zahnbehandlung und Zahnersatz vorbehaltlich des Abs. 2 bei einer Vertragszahnärztin/einem Vertragszahnarzt, einer Vertragsdentistin/einem Vertragdentisten, einer Vertragsgruppenpraxis, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. § 9 gilt sinngemäß.

- (2) Festsitzenden Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung kann die/der Anspruchsberechtigte in einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt, in einem Vertragsambulatorium, bei einer niedergelassenen Ärztin/einem niedergelassenen Arzt, einer Dentistin/einem Dentisten als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Für vertraglich nicht geregelte Leistungen kann die/der Anspruchsberechtigte einen Zuschuss, im Mindestausmaß des BVA-Zuschusses, unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

6. Abschnitt Leistungen bei Mutterschaft

§ 23 Ärztlicher Beistand

Für die ärztliche Betreuung der Schwangeren bzw. der Wöchnerin, für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie für den ärztlichen Beistand während einer krankhaft verlaufenden Geburt gilt § 9. Zu den Kosten des ärztlichen Beistandes bei einer normal verlaufenden Geburt kann die Anspruchsberechtigte den analog zur BVA vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

§ 24 Beistand durch eine Hebamme oder eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester

- (1) Die Anspruchsberechtigte kann die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburtshilfe und die Betreuung im Wochenbett bei einer Hebamme als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen.
- (2) Konsultiert die Anspruchsberechtigte an Stelle einer Hebamme eine zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigte diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester, kann sie den analog zur BVA vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

§ 25 Heilmittel und Heilbehelfe

Für die Beistellung eines Heilmittels oder eines Heilbehelfes aus dem Leistungsfall der Mutterschaft gelten die §§ 15 und 16.

§ 26 Pflege in einer Krankenanstalt

Für die Pflege in einer Krankenanstalt aus dem Leistungsfall der Mutterschaft gilt § 18.

§ 27

Wochengeld

- (1) Eine Anspruchsberechtigte 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 Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz, die darin vorgesehene Bestätigung der Arbeitsinspektionsärztin/des Arbeitsinspektionsarztes oder der Amtsärztin/des Amtsarztes,
 3. eine Bestätigung der bezugsauszahlenden Stelle 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 Kinderbetreuungsgeld 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 Anspruchsberechtigte der KFA die vom Standesamt ausgestellte Geburtsbestätigung des Kindes sowie allenfalls eine ärztliche Bestätigung über eine Frühgeburt oder Kaiserschnittentbindung vorzulegen.

7. Abschnitt

Erweiterte Heilbehandlung und Gesundheitsfürsorge

§ 28

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge

- (1) Die KFA setzt Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsfürsorge in Vertragseinrichtungen als Sachleistung oder in Form eines Zuschusses nach Maßgabe der vom Ausschuss der KFA erlassenen Richtlinien. Die/der Anspruchsberechtigte hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie erst nach Vorliegen der schriftlichen Bewilligung antreten. Sie/er hat die Bewilligung der KFA in der Vertragseinrichtung vorzuweisen.
- (2) Die KFA zahlt den bewilligten Zuschuss nach Abschluss der Maßnahme aus, sobald die/der Anspruchsberechtigte der KFA folgende Unterlagen vorgelegt hat:
1. eine Aufenthaltsbestätigung des Gemeindeamtes,
 2. einen Nachweis der erhaltenen Kuranwendungen und
 3. einen Nachweis der Kosten der Beherbergung.

§ 29

Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation

Die KFA setzt Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation nach Maßgabe der vom Ausschuss der KFA erlassenen Richtlinien. Diese Maßnahmen sind schriftlich zu beantragen.

8. Abschnitt Reise-(Fahrt-)und Transportkosten

§ 30 Reise-(Fahrt-)kosten

Die/der Anspruchsberechtigte kann den Ersatz von Reise-(Fahrt-)kosten unter Beachtung auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen; die Kosten eines öffentlichen Verkehrsmittels müssen jedoch nicht belegt werden. Die/der Anspruchsberechtigte hat die Inanspruchnahme der Behandlungsstelle, die Ziel der Fahrt war, nachzuweisen. Beantragt sie/er den Ersatz von Kosten für eine Begleitperson, und hat sie/er das 15. Lebensjahr bereits vollendet, hat sie/er eine ärztliche Bestätigung darüber vorzulegen, ob sie/er auf Grund ihres/seines körperlichen oder geistigen Zustandes einer Begleitperson bedurfte.

§ 31 Krankentransport

Die/der Anspruchsberechtigte kann einen Krankentransport bei einem Rettungsdienst oder einem gewerblichen Personenbeförderungsunternehmen, mit dem die KFA einen Vertrag abgeschlossen hat, als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Sie/er benötigt einen ärztlichen Transportauftrag, in dem die Notwendigkeit und die medizinisch unbedingt erforderliche Art des Transportes (im Sinne der Satzung) bescheinigt werden.

9. Abschnitt Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

§ 31 a Bestätigung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Eine Anspruchsberechtigte/ein Anspruchsberechtigter im Sinne des § 3 Abs. 3 der KFA-Satzung hat sich Beginn, Ursache, (voraussichtliches) Ende bzw. Fortdauer einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit unverzüglich ärztlich bestätigen zu lassen; Bestätigungen von Fachärztinnen/Fachärzten für Radiologie oder Labordiagnostik genügen nicht. Die/der Arbeitsunfähige hat dazu das ihr/ihm von der KFA zur Verfügung gestellte Formular der Ärztin/dem Arzt vorzulegen. Die Übermittlung einer ärztlichen Bestätigung an die KFA obliegt jedenfalls der/dem Arbeitsunfähigen. Die/der Arbeitsunfähige ist allerdings erst dann von ihrer/seiner Meldepflicht (§ 84 B-KUVG in Verbindung mit § 143 Abs. 2 ASVG) befreit, wenn die Bestätigung tatsächlich bei der KFA einlangt. Endet die Arbeitsunfähigkeit vor dem ärztlich bestätigten voraussichtlichen Tag, ist eine Bestätigung über den tatsächlichen Zeitpunkt nicht erforderlich; in diesem Falle hat die/der Anspruchsberechtigte der KFA das tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich zu melden.

- (2) Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt kann die/der Arbeitsunfähige anstelle einer ärztlichen Krankmeldung eine Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt vorlegen. Ist sie/er nach der Entlassung aus der Krankenanstalt noch nicht arbeitsfähig, benötigt sie/er eine ärztliche Bestätigung gemäß Abs. 1.
- (3) Die KFA kann die Richtigkeit der Krankmeldung und der Gesundheitsmeldung überprüfen und aus medizinischen Gründen einen davon abweichenden Zeitpunkt des Beginnes oder des Endes der Arbeitsunfähigkeit bestimmen.

§ 31 b **Meldung der Beitragsgrundlage**

Die/der Anspruchsberechtigte hat der KFA für die Berechnung des Krankengeldes eine Bestätigung der bezugsauszahlenden Stelle über die Höhe und Dauer der Entgeltansprüche vor und während der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die Vorlage dieser Bestätigung gilt als Antrag auf Krankengeld.

§ 31 c **Besondere Pflichten der Arbeitsunfähigen**

Eine Anspruchsberechtigte/einen Anspruchsberechtigten im Sinne des § 3 Abs. 3 der KFA-Satzung, die/der arbeitsunfähig infolge Krankheit ist, treffen folgende besondere Pflichten:

1. Die/der Arbeitsunfähige hat der KFA und der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt mitzuteilen:
 - a) den Grund der Arbeitsunfähigkeit,
 - b) den Konsum von Alkohol oder Suchtgiften vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
2. Die/der Arbeitsunfähige hat die ärztlichen Anordnungen, die der Heilung dienen sollen, zu befolgen. Ärztlich angeordnete Bettruhe oder Ausgehzeit ist einzuhalten. Die KFA kann aus medizinischen Gründen Bettruhe oder eine Ausgehzeit festlegen, wenn eine diesbezügliche ärztliche Anordnung fehlt, oder eine von der ärztlichen Anordnung abweichende Regelung treffen. Die/der Arbeitsunfähige hat jedes Verhalten, das geeignet ist, die Genesung zu beeinträchtigen, zu vermeiden. Insbesondere ist ihr/ihm die Verrichtung von Erwerbsarbeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, untersagt.
3. Will die/der Arbeitsunfähige ihren/seinen Aufenthalt innerhalb ihres/seines Wohnortes für mehr als einen Tag ändern, hat sie/er dies vorher der KFA zu melden. Will sie/er ihren/seinen Wohnort für mehr als einen Tag verlassen, hat sie/er vorher die Zustimmung der KFA einzuholen. Die KFA erteilt die Zustimmung, wenn
 - a) der Ortswechsel von der behandelnden Stelle befürwortet wird,

- b) der Ortswechsel sich nicht negativ auf den Heilungsverlauf auswirken kann und
 - c) am neuen Aufenthaltsort die notwendige medizinische Betreuung für die Fortführung der laufenden Behandlung gewährleistet ist.
4. Die/der Arbeitsunfähige hat der KFA Beginn und Ende eines Bezuges von Übergangsgeld zu melden.
5. Die/der Arbeitsunfähige hat der KFA einen Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung unverzüglich nach Zustellung in Kopie zu übermitteln.

3. Teil

Ersatzleistungen (Kostenerstattung und Kostenzuschüsse)

§ 32

Nachweise

- (1) Beantragt die/der Anspruchsberechtigte den Ersatz von Kosten, hat sie/er der KFA sowohl die Rechnung als auch den Saldierungs-(Zahlungs-)nachweis im Original zu übergeben. Liegt kein Zahlungsnachweis vor, kann die/der Anspruchsberechtigte die Zahlung im begründeten Einzelfall mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen. Die Rechnung oder ein anderer geeigneter Nachweis muss, unbeschadet der Vorschriften des Umsatzsteuergesetzes folgende Angaben enthalten:
- 1. Vor- und Familienname der/des Anspruchsberechtigten,
 - 2. Wohnadresse der/des Anspruchsberechtigten,
 - 3. das Ausstellungsdatum,
 - 4. Diagnose (in Worten oder ICD-9- oder ICD-10-Code) und Begründung für die Leistung,
 - 5. genaue Angaben über die erbrachten Leistungen, gegebenenfalls
 - die Therapie(methode),
 - die Zahl und allenfalls die Dauer der Ordinationen, Therapieeinheiten, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- oder Feiertagsordinationen,
 - bei Sonn- oder Feiertagsordinationen, Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
 - die Sonderleistungen,
 - das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit,
 - 6. Namen (Firma) und Adresse der/des Leistungserbringerin/Leistungserbringers, bei Inanspruchnahme einer Wahlgruppenpraxis auch Namen und Fachgebiet der/des behandelnden Ärztin/Arztes.
- (2) Die KFA stellt die Originalrechnung und den Zahlungsnachweis nur im Fall der gänzlichen Ablehnung einer Ersatzleistung oder auf ausdrücklichen

Wunsch der/des Anspruchsberechtigten zurück. Im letztgenannten Fall vermerkt sie die Leistung eines Kostenersatzes auf der Originalrechnung.

- (3) Der Antrag auf Leistung eines Pflegekostenzuschusses für eine Anstalts-
pflege in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt, mit der kein Ver-
tragsverhältnis besteht, ist bei der KFA einzubringen.

4. Teil

Zusätzliche Leistungen

A) Allgemeiner Teil

§ 33

Zusätzliche Leistungen können nur jenen Mitgliedern und Angehörigen gewährt werden, die die Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis beantragt, die vorgesehene Wartefrist erfüllt haben und den für die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen vorgesehenen besonderen Beitrag (§ 25 der KFA-Satzung) leisten.

§ 34

- (1) Die Ansprüche auf die im folgenden § 36 angeführten zusätzlichen Leistungen sind gleichzeitig mit dem Anspruch auf Anstaltspflege, längstens jedoch binnen zwei Wochen nach Anstaltsaufnahme bei der KFA anzumelden, soweit die Gewährung zusätzlicher Leistungen nicht im Wege der direkten Abrechnung mit der Krankenanstalt erfolgt, sind Barleistungen bzw. Kostenersatzes binnen zwei Jahren nach Beendigung der Anstaltspflege unter Vorlage der Rechnungen bzw. der Aufenthaltsbestätigung bei der KFA anzusprechen. Wird eine Verlängerung der Anstaltspflege über die von der KFA ursprünglich bewilligte Dauer notwendig, so ist diese unter Anschluss einer anstaltsärztlichen Bestätigung binnen zwei Wochen nach Ablauf der bewilligten Dauer zu beantragen. Der Verlängerungsantrag kann sowohl vom Mitglied (Angehörigen) als auch von der Anstalt gestellt werden. Die nicht rechtzeitige Einbringung des Antrages auf Verlängerung kann den Verlust des Anspruches zur Folge haben.
- (2) Die Zuschüsse für Kur-, Genesungs- und Landaufenthalte werden jenen Mitgliedern und deren Angehörigen des Fonds für zusätzliche Leistungen ohne gesonderten Antrag gewährt, denen nach den Bestimmungen des § 28 derartige Leistungen bewilligt wurden.

§ 35

Wird die Anstaltspflege nach den Bestimmungen des § 18 nach Verlust der Mitgliedschaft (Angehörigeneigenschaft) an Mitglieder (Angehörige) gewährt, die bis zum Verlust der Mitgliedschaft (Angehörigeneigenschaft) auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigt waren, so werden auch zusätzliche Leistungen solange gewährt, als die nach § 18 zustehende Anstaltspflege gewährt wird. Der besondere Beitrag ist in diesem Falle bis zum Zeitpunkt der tatsächlichen Endigung der zusätzlichen Leistungen nachzuentrichten. Der nachzuentrichtende zusätzliche Beitrag kann von

zusätzlichen Leistungen, die in barem entrichtet werden, in Abzug gebracht werden.

B) Besonderer Teil

§ 36

Es sind folgende zusätzliche Leistungen vorgesehen:

- (1) Leistungen im Falle einer von der Krankenfürsorgeanstalt oder einer Sozialversicherung gewährten Anstaltspflege, und zwar:
 1. Bei Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) in einem Vertragskrankenhaus werden die anfallenden Verpflegs-, Operations- und Behandlungskosten sowie sonstige Nebengebühren, sowohl für operative wie nicht operative Fälle von der Krankenfürsorgeanstalt im Wege der direkten Abrechnung mit dem Vertragskrankenhaus übernommen.
 2. Bei Aufenthalt in einem Krankenhaus, das die Inanspruchnahme einer höheren Gebührenklasse anbietet, werden bei Nichtinanspruchnahme der höheren Gebührenklasse oder falls zwar der Aufenthalt in der zweiten Verpflegsklasse erfolgt, aber die Kosten hierfür von der Anspruchsberechtigten/vom Anspruchsberechtigten selbst, von einer Versicherung oder einer dritten Person bestritten werden, von der KFA für jeden Verpflegstag die jeweils vom Gemeinderat festgesetzten Barbeträge geleistet. Barbeträge gelangen bei Heilverfahren in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, nicht zur Auszahlung.
 3. Bei Anstaltspflege in einem Nichtvertragskrankenhaus werden zusätzlich zu den nach § 18 zustehenden Leistungen die Kosten bis zu der Höhe ersetzt, die sich aus der Differenz zwischen dem gemäß § 18 jeweils festgelegten Kostenersatz und den jeweils festgelegten Kosten der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) des Landeskrankenhauses Graz ergeben.
 4. Bei Anstaltspflege auf Grund von nachgewiesenem Alkohol- oder Sucht-giftmissbrauch und damit unmittelbar im Zusammenhang stehenden Krankheiten werden die Kosten für die höhere Gebührenklasse (II. Klasse) nur einmal für die Dauer von 14 Tagen übernommen. Der Ausschuss der Kranken-fürsorgeanstalt kann in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen eine Verlängerung beschließen.
 5. Bei Krankenhausaufenthalten von Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres in der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) werden im Bedarfsfalle die Kosten für eine Begleitperson für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes zur Zahlung übernommen, sofern sowohl das zu behandelnde Kind als auch die Begleitperson Anspruch auf Leistungen aus der ZL haben.

- (2) Zuschüsse für Operationen in der Ordination der behandelnden ÄrztInnen, Kuraufenthalte, Genesungs- und Landaufenthalte, Spezialpräparate (Antibiotika), jedoch nur insoweit, als Mittel des Fonds für zusätzliche Leistungen (§ 26 Abs. 2 der KFA-Satzung) zur Sicherstellung der unter Abs. 1 angeführten zusätzlichen Leistungen ausreichen. Die Höhe dieser Zuschüsse setzt der Ausschuss der KFA für das laufende Kalenderjahr fest.

5. Teil

e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

§ 37

Wesen und Zweck der e-card

- (1) Die e-card ist die Chipkarte des elektronischen Verwaltungssystems ELSY der österreichischen Sozialversicherung (§ 31 a ASVG). Die e-card ist eine Schlüsselkarte. Sie ist für sich allein weder ein Nachweis für ein bestehendes Versicherungsverhältnis noch für eine etwaige Anspruchsberechtigung. Die e-card selbst hat keine Gültigkeitsbegrenzung, sie muss beim Wechsel zwischen Krankenversicherungsträgern und in Zeiten ohne Krankenversicherungsschutz nicht zurückgegeben oder eingetauscht werden. Einschränkungen der Verwendbarkeit einer Karte ergeben sich aus dieser Krankenordnung und werden von der KFA in ELSY vorgenommen.
- (2) Die e-card ermöglicht auch den Zugang zu personenbezogenen Auskunftsdiensten der Sozialversicherung im Internet. Die für diese Dienste notwendigen Zusatzfunktionen (Zertifikate etc.) werden auf Antrag im Rahmen der Aufgaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger beim Betrieb des elektronischen Verwaltungssystems ELSY vom Hauptverband oder von einem vom Hauptverband ermächtigten Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt. Die/Der Anspruchsberechtigte hat das Recht, an deren Stelle ein Zertifikat eines anderen Anbieters auf der e-card aufbringen zu lassen. Dies sowie andere freiwillige Speicherungen auf der e-card erfolgen auf Kosten und Risiko der/des Anspruchsberechtigten, die KFA nimmt darauf beim Vollzug dieser Krankenordnung keinerlei Rücksicht. Ersatz für Daten und andere Speicherungen auf der e-card wird nicht geleistet.

§ 38

Ausstellen der e-card

- (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 die/der Anspruchsberechtigte die e-card nicht bereits erhalten hat.
- (2) Wer eine e-card nicht bereits nach Abs. 1 erhält, erhält sie auf Antrag, falls sie/er

auch die für die Vergabe von Versicherungsnummer und bereichsspezifischem Personenkennzeichen (§ 31 Abs. 4 Z 1 ASVG) und die für die allenfalls notwendige Eintragung ins Ergänzungsregister notwendigen Angaben macht (§ 6 Abs. 4 iVm § 10 Abs. 2 EGovG). Zur Identitätsfeststellung in Zweifelsfällen hat sie/er auf Aufforderung durch die KFA Personenstandsunterlagen, 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) 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 Meldgesetz 1991 in Anspruch (§360 Abs. 6 ASVG) oder stellt den Sachverhalt durch andere Beweismittel fest (§358 ASVG).

- (3) Die/Der Anspruchsberechtigte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass sie 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. Namensschreibweise 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 abhanden gekommen ist
 - c) falls dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist
 - d) falls sich eine Kartensperre nach § 45 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 Sachwalterin/ein Sachwalter oder eine andere Vertreterin/ein anderer Vertreter bestellt ist, sind von der Sachwalterin/vom Sachwalter oder von der Vertreterin/vom Vertreter zu unterschreiben.

§ 39

Verwendung der Bürgerkarte

Die Bürgerkarte (Bürgerkartenfunktion) nach § 4 E-GovG darf in alle Fällen, in denen eine e-card gefordert ist, statt der e-card (deren Funktionen) vorgelegt und verwendet werden (§ 31a Abs. 2 ASVG).

§ 40 **e-card-Ersatzbeleg**

Kann eine e-card auf Grund von § 38 Abs. 1 und 2 nicht ausgestellt werden, erhält die/der 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 § 45 nicht verwendet werden, wird der e-card-Ersatzbeleg nicht ausgestellt.

§ 41 **Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK**

(1) Die EKVK dient zur Dokumentation von Leistungsansprüchen im Sinn des § 3a Abs. 1 lit. a. Die EKVK wird von der KFA ausgestellt durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card. § 38 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 in der Krankenversicherung 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 versichert 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 versichert 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 versichert waren,
4. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, mindestens jedoch von fünf Jahren, für Kinder.

(3) Für die Berechnung der Zeit, die nach Abs. 2 verstrichen 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 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.

§ 42

EKVK-Ersatzbescheinigung

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 ein Jahr aus

- a) in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann, oder
- b) auf ausdrücklichen und sachlich begründeten Wunsch der/des Anspruchsberechtigten zusätzlich zu einer gültigen EKVK, oder
- c) wenn eine EKVK gemäß § 41 Abs. 1 bis 3 nicht ausgestellt werden darf.

§ 43

Umgang mit e-card und EKVK

- (1) Kartenkörper, Chip, Aufdruck und EDV-Programme der e-card bzw. der EKVK (Kartenhardware) werden der/dem Anspruchsberechtigten zur Benützung überlassen und sind als Eigentum des ausstellenden Versicherungsträgers 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 auch auf deren 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 Sozialversicherungs-

zwecke vorgesehen ist, dürfen ohne Zustimmung der KFA nicht verändert werden, ausgenommen Eintragungen, die im Rahmen der Aufbringung von Zertifikaten durch einen Zertifizierungsdiensteanbieter oder dessen Beauftragte erfolgen (§ 37 Abs. 2). Eine e-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder ein e-card-Ersatzbeleg wird durch andere Veränderungen ungültig.

§ 44

Melde- und Auskunftspflichten

- (1) Die Besitzerin/Der Besitzer einer e-card (EKVK) hat der KFA zu melden:
 - a) Änderungen des Namens (z.B. wegen Eheschließung, Scheidung, Namenswechsel) und behördliche Änderungen beim Geburtsdatum, die nicht von einer österreichischen Personenstandsbehörde (Standesamt usw.) in die Personenstandsbücher eingetragen werden, und zwar innerhalb eines Monats,
 - 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) Änderungen, die in österreichische Personenstandsbücher eingetragen werden, müssen nicht gemeldet werden. Die/Der Anspruchsberechtigte hat jedoch der KFA auf Verlangen nähere Auskünfte darüber zu geben und Urkunden vorzulegen.
- (3) 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
 1. in sinngemäßer Anwendung des § 2 Abs. 1 oder
 2. mündlich, per E-Mail oder Telefax bei der gemeinsamen Meldestelle aller Versicherungsträger (Serviceline der österreichischen Sozialversicherung) oder
 3. über das dafür vorgesehene Internetangebot der österreichischen Sozialversicherung unter www.sozialversicherung.at.

§ 45

Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung

- (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 der/des Anspruchsberechtigten)
 - b) im Fall einer Meldung nach § 44 Abs. 1 lit.b oder falls die KFA die Karte aus anderen Gründen durch eine andere ersetzt (§ 38 Abs. 4, § 41 Abs. 4)
 - c) bei Verdacht auf unerlaubte Änderungen (§ 43 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,

- ob ein aktueller Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht und
- 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 die/den Betroffenen von der Sperre und deren Begründung und gibt ihr/ihm Gelegenheit zur Aufklärung des Sachverhaltes.

- (3) Die Inhaberin/Der Inhaber 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 die/der Anspruchsberechtigte die e-card (EKVK) keinesfalls verwenden, hat sie/er diese der KFA mit einem ausdrücklichen Verzicht auf die weitere Ausstellung zu übermitteln.

6. Teil

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 46

e-card

- (1) Konsultiert die/der Anspruchsberechtigte eine Vertragspartnerin/einen Vertragspartner, deren/dessen Gruppe noch nicht in ELSY einbezogen ist, ist § 3 Abs. 2 nicht anzuwenden. Die Vorlage von e-card oder Ersatzbeleg nach § 3 Abs.1 gilt in diesem Fall als Anspruchsnachweis.
- (2) Die den Anspruchsberechtigten von der KFA zur Verfügung gestellten Ersatzbehandlungsscheine (Zahnbehandlungs-Zahnersatzscheine) sowie von Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern ausgestellte Ersatz-Arzthilfescheine (Ersatzscheine für Zahnbehandlung-Zahnersatz) gelten nicht mehr als Anspruchsnachweis; auf solchen Formularen erfolgende Verordnungen und Zuweisungen sind davon nicht berührt.

§ 47

Wirksamkeit

- (1) Diese Krankenordnung tritt mit 1.4.2012 in Kraft.
- (2) Mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die vom Gemeinderat in seiner Sitzung am 8.5.2003, erlassene KFA-Krankenordnung, zuletzt geändert am 19.10.2006 außer Kraft.

(3) Verfahrensschritte, die vor dem 1.4.2012 gesetzt wurden, sind weiterhin nach der KFA- Krankenordnung vom 8.5.2003, i.d. Fassung der Änderung vom 19.10.2006 zu beurteilen.

Anhang 1

Bewilligungspflichtige Leistungen

Die zu den folgenden Punkten aufgezählten Leistungen sind unter den angeführten Bedingungen bewilligungspflichtig (§ 2 Abs. 3).

1. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (§§ 9 bis 14):

- a) logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung,
- b) Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit,
- c) Physiotherapie ab der 31. Anwendung, jedenfalls ab der 11. Sitzung, in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung. Die Verordnung ist bei Beginn der Behandlung von der Vertragspartnerin/dem Vertragspartner oder von der/vom Anspruchsberechtigten der KFA vorzulegen. Die/der Anspruchsberechtigte hat den Beginn und den Inhalt einer physiotherapeutischen Behandlungsserie unverzüglich zu melden, auch wenn sie nicht bewilligungspflichtig ist.
- d) Psychotherapie ab der 11. Sitzung,
- e) geplante Behandlung oder Untersuchung im Ausland,
- f) Computertomographie, Kernspintomographie, nuklearmedizinische Untersuchung,
- g) kosmetische Behandlung,
- h) Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung,
- i) heparininduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapherese (HELP-Therapie),
- j) operative Maßnahme zur Gewichtsreduktion,
- k) Hemodialyse;

2. Heilmittel (§ 15):

- a) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung nicht im Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) enthalten sind („No-Box-Präparate“).
- b) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung im roten Bereich des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z. 12 lit a ASVG.) enthalten sind.
- c) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung im gelben Bereich des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12 lit b ASVG) enthalten sind, es sei denn, sie unterliegen gemäß einer Verlautbarung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Internet (www.avsv.at) der nachfolgenden Kontrolle, dies wiederum unter dem Vorbehalt einer Bewilligungspflicht gemäß § 350 Abs. 3 letzter Satz ASVG.

Die Bewilligung von Arzneyspezialitäten und Stoffen für magistrale Zubereitungen ist unbeschadet des Bescheidrechtes der/des Anspruchsberechtigten ausnahmslos von der/dem verordnenden Ärztin/Arzt einzuholen. (§ 350 Abs. 3 ASVG).

Die Bewilligungspflicht entfällt im Fall der Lebensgefahr (bei Verordnung von Verbandstoffen auch im Fall der ersten Hilfe), sofern die Verordnerin/der Verordner diesen Umstand auf dem Krankenkassenrezept bestätigt, und sofern dieses Krankenkassenrezept spätestens am Tag nach Ausstellung eingelöst wird.

3. Heilbehelfe und Hilfsmittel (§ 16):

Augenprothese,
Blutzuckermessgerät und Messstreifen,
Brustprothese,
Haftschale (Kontaktlinse),
Hörapparat,
Krankenfahrstuhl,
orthopädischer Schuh einschließlich Ausgestaltung, Adaptierung eines Konfektionsschuhes;

4. Anstaltspflege (§ 18):

Aufnahme in eine Krankenanstalt im Fall einer Leistung im Sinne des Punktes 1 lit. e, g, h oder j;

5. Medizinische Hauskrankenpflege (§ 19):

Medizinische Hauskrankenpflege ab der fünften Woche;

6. Maßnahmen der medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation (§§ 20 und 21):

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

7. Konservierende oder chirurgische Zahnbehandlung (§ 22):

- a) Nachbehandlung nach einem blutigen Eingriff ab der 4. Sitzung pro Quadrant,
- b) Behandlung empfindlicher Zahnhäse ab der 4. Sitzung pro Behandlungsfall,
- c) Bestrahlung ab der 4. Sitzung pro Quadrant,
- d) Röntgenaufnahmen ab der 6. Aufnahme innerhalb von drei aufeinander folgenden Monaten, neben einem Zahnröntgenstatus innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Monaten, ausgenommen bei Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion oder Wurzelsuche,
- e) Stomatitisbehandlung ab der 10. Sitzung pro Kalendervierteljahr,
- f) therapeutische Injektion;

8. Kieferorthopädische Behandlung (§ 22):

Alle Behandlungen, nicht aber Reparaturen kieferorthopädischer Apparate.

Die/der Anspruchsberechtigte hat den von der Zahnbehandlerin/dem Zahnbehandler erstellten Behandlungsplan vorzulegen, der einen Befund, einen Therapievorschlagn, die Angabe der vorgesehenen Apparate und eine Behandlungsprognose enthalten soll. Die Bewilligung ist für jedes Behandlungsjahr einzuholen.

9. Zahnersatz (§ 22):

Jede Art von Zahnersatz, nicht aber Reparaturen;

10. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge (§§ 28 und 29):

Alle Maßnahmen;

11. Krankentransport (§ 31):

- a) Flugtransport,
- b) Krankentransporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie) ab dem 5. Transport.