

KRANKENORDNUNG 2016

der

STEIERMÄRKISCHEN GEBIETSKRANKENKASSE

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt – Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen

1. Unterabschnitt – Ärztliche Hilfe

Allgemeines	§	1
e-card, Europäische Krankenversicherungskarte und Bürgerkarte	§	2
Begriffsbestimmungen	§	3
Ausstellung der e-card	§	4
Allgemeine Verwendung der e-card und der EKVK – Information über Karteninhalte der e-card	§	5
Benützung der e-card, der Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer Ersatzbescheinigung für Leistungen der Kasse im In- und Ausland	§	6
Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein	§	7
Arztwechsel	§	8
Verwendung der Bürgerkarte statt der e-card	§	9
Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK		
European Health Insurance Card – EHIC	§	10
Gültigkeitsdauer der Europäischen Krankenversicherungskarte	§	11
Einschränkungen für die Ausstellung einer EKVK	§	12
Verlust, Sperre und Neuausstellung der e-card und der EKVK nach einer Verlustmeldung	§	13
Änderung der Angaben auf der e-card und der EKVK	§	14
Verzicht und Kartenrückgabe von e-card oder EKVK	§	15
Behandlung in der Ordination	§	16
Ärztliche Krankenbesuche	§	17
Auswahl des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin	§	18
Besondere Mitteilungspflichten bei Leistungsinanspruchnahme	§	19

2. Unterabschnitt – Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind

Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung	§	20
Physiotherapie	§	21
Ergotherapie	§	22
Psychotherapie durch Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen	§	23
Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin	§	24

3. Unterabschnitt – Regelungen für die Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht

Verpflichtungen des/der Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht	§	25
---	---	----

2. Abschnitt – Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen	§	26
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche	§	27

3. Abschnitt – Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel

Heilmittel	§	28
Nachweis des Jahres-Nettoeinkommens	§	29
Heilbehelfe	§	30
Hilfsmittel	§	31
Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge	§	32

4. Abschnitt – Krankengeld

Arbeitsunfähigkeitsmeldung	§	33
Meldung des Arbeitsentgeltes	§	34
Nachweis der Anspruchsberechtigung für ein erhöhtes Krankengeld	§	35
Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit	§	36

5. Abschnitt – Kostenerstattung

Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten/Wahlärztinnen oder Wahl- Gruppenpraxen	§	37
Keine Kostenerstattung	§	38
Sonstige Vorschriften bei Kostenerstattung	§	39
Kostenerstattung für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, Zahn- ärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen und Wahleinrichtungen	§	40
Kostenerstattung bei Erbringung von Leistungen nach § 153a Abs. 4 ASVG	§	41
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung	§	42
Heilmittelverordnung durch Wahlärzte/Wahlärztinnen, Ärzte/Ärztinnen in Wahl- Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen	§	43
Kostenerstattung für Privatrezepte	§	44
Kostenerstattung für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind	§	45
Kostenerstattung für Heilbehelfe	§	46
Kostenerstattung für Hilfsmittel	§	47
Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege	§	48

6. Abschnitt – Anstaltspflege

Nächstgelegene geeignete Krankenanstalt	§	49
Kostenübernahmeerklärung	§	50
Aufenthaltsbestätigung	§	51
Arbeitsunfähigkeit nach Anstaltspflege	§	52
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege	§	53

7. Abschnitt – Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

Bewilligungspflicht	§	54
Verspäteter Antritt von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit	§	55
Aufenthaltsbestätigung	§	56

8. Abschnitt – Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

Wochengeld	§	57
Kostenübernahmeerklärung	§	58

9. Abschnitt – Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes

Einhaltung der ärztlichen Anordnungen	§	59
Krankenbesuchsdienst	§	60
Prüfung des Gesundheitszustandes	§	61

10. Abschnitt – Erkrankung außerhalb des Kassensbereiches bzw. außerhalb des Bundesgebietes

Erkrankung außerhalb des Wohnortes bzw. Kassensbereiches im Inland	§	62
Europäische Krankenversicherungskarte EKVK, Zwischenstaatlicher Betreuungsschein, sonstige gemeinschaftsrechtliche oder bilaterale Anspruchsbescheinigungen	§	63

11. Abschnitt – Melde- und Auskunftspflicht der Versicherten

Meldepflicht	§	64
Auskunftspflicht	§	65

12. Abschnitt – Verpflichtung zur Einholung einer SV-ärztlichen Bewilligung und Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland

Vorherige SV-ärztliche Bewilligung	§	66
Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland	§	67

13. Abschnitt – Regelung für Härtefälle

Härtefälle	§	68
------------	---	----

14. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn	§	69
Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung	§	70
Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung	§	71
Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung	§	72
Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung	§	73
Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung	§	74
Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung	§	75
Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung	§	76

Anhänge

Leistungen, für die eine SV-ärztliche Bewilligung erforderlich ist	Anhang 1
Sonstige Heilbehelfe und Hilfsmittel gemäß §§ 137 und 154 ASVG, für die keine Vorbewilligung der Kasse erforderlich ist	Anhang 2
Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte	Anhang 3
Erklärung des in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich (Patientenerklärung zur Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte)	Anhang 4
Leistungsarten, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht	Anhang 5

1. Abschnitt

Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (§ 135 ASVG)

1. Unterabschnitt

Ärztliche Hilfe

Allgemeines

- § 1. (1) Ärztliche Hilfe wird von der Kasse durch
1. Vertragsärzte/Vertragsärztinnen,

2. Vertrags-Gruppenpraxen,
3. eigene Einrichtungen (z.B. Ambulatorien),
4. Vertragseinrichtungen,
5. Wahlärzte/Wahlärztinnen,
6. Wahl-Gruppenpraxen oder
7. Wahleinrichtungen

geleistet, soweit sie ausreichend und zweckmäßig ist sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Wahlarzt/Wahlärztin ist jede/r freiberuflich tätige Arzt/Ärztin, der/die mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat. Wahl-Gruppenpraxis ist jede Gruppenpraxis, die mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung nach Abs. 2 abgeschlossen hat. Wahleinrichtung ist eine behördlich bewilligte Einrichtung, die mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat.

- (2) Ärztliche Hilfe als Sachleistung wird nach § 6
1. bei einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin,
 2. bei einer Vertrags-Gruppenpraxis,
 3. bei einer Vertragseinrichtung,
 4. in einer eigenen Einrichtung

durch direkte Verrechnung der erbrachten Leistung zwischen dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin (eigener Einrichtung) und der Kasse erbracht.

(3) Bei ärztlicher Hilfe durch einen/eine Wahlarzt/Wahlärztin, eine Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung werden die Kosten, die dem/der Anspruchsberechtigten für die Leistung erwachsen, nach den §§ 37 ff. erstattet. Verordnungen, Überweisungen und Zuweisungen von Wahlärzten/Wahlärztinnen, Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen sind nach einer Bewilligung der Kasse im Einzelfall den von den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen (Vertragseinrichtungen) ausgestellten Verordnungen, Überweisungen bzw. Zuweisungen gleichgestellt.

- (4) In einem Kalendervierteljahr können nicht
1. mehrere Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin oder
 2. mehrere Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen des gleichen Fachgebietes

auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden, ausgenommen die Fälle, in denen nach § 8 etwas anderes bestimmt ist.

e-card, Europäische Krankenversicherungskarte und Bürgerkarte

§ 2. (1) Die e-card ist die Chipkarte des elektronischen Verwaltungssystems ELSY der österreichischen Sozialversicherung (§ 31a ASVG). Sie wird von der Kasse (§ 31b Abs. 3 ASVG) für alle Versicherten und sonst anspruchsberechtigten oder mitversicherten Personen (all diese in der Folge „Versicherte“ oder „Benützer/Benützerinnen“ genannt) ausgestellt. Andere Chipkarten, wie z. B. die Ordinationskarte für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen, werden durch diese Krankenordnung nicht berührt. Darüber hinaus ermöglicht die e-card den Zugang zu den 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 vom Hauptverband oder von einem vom Hauptverband ermächtigten Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt. Jeder Benützer/Jede Benützerin hat das Recht, im Rahmen der dafür geltenden technischen Möglichkeiten statt einer solchen Zusatzfunktion ein Zertifikat eines anderen Zertifizierungsdiensteanbieters auf der e-card aufbringen zu lassen (§ 31a Abs. 2 ASVG idF SVÄG 2004, BGBl. I Nr. 18/2004). Für entsprechende Anträge und Registrierungen wird eine Internetseite unter www.sozialversicherung.at zur Verfügung gestellt.

(2) Die e-card ist für sich allein weder ein Nachweis für ein bestehendes Versicherungsverhältnis noch für eine etwaige Anspruchsberechtigung. Die e-card ist jedenfalls zu verwenden (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2 Z 2), um der behandelnden Stelle

1. die sozialversicherungsrechtliche Situation (Versicherungsstatus) hinsichtlich der Ansprüche aus der Krankenversicherung und
2. das Einverständnis zur Behandlung auf Kosten der Sozialversicherung

zu dokumentieren. Die Kosten von Behandlungen, die bei einem Vertragspartner/einer Vertragspartnerin der Kasse in Anspruch genommen werden, sind mit der Kasse zu verrechnen. Will ein Versicherter/eine Versicherte eine Behandlung nicht auf Kosten der Sozialversicherung in Anspruch nehmen, darf die e-card bei der behandelnden Stelle nicht vorgelegt werden. Eine Kostenerstattung ist in diesem Fall ausgeschlossen.

(3) Die e-card trägt auf der Rückseite ihres Kartenkörpers die Datenfelder der Europäischen Krankenversicherungskarte - EKVK. Bestimmungen dieser Krankenordnung, die sich auf die e-card beziehen, gelten nur dann für die EKVK, wenn dies ausdrücklich angeordnet ist. EKVK-Datenfelder, die keine Anspruchsdaten enthalten, sind als ungültig gekennzeichnet, e-cards mit unausgefüllten EKVK-Datenfeldern werden nicht ausgegeben.

(4) Die e-card bzw. die EKVK werden zur Benützung überlassen und sind als Eigentum der ausstellenden Kasse zu behandeln. Ausstellung und Übergabe der Karten sind für den Versicherten/die Versicherte kostenlos, soweit diese Krankenordnung nicht ausdrücklich anderes vorsieht.

(5) Meldungen, die betreffend eine e-card oder eine EKVK an die Kasse oder einen anderen österreichischen Sozialversicherungsträger zu richten sind, müssen die betroffene Karte bezeichnen (z. B. durch Angabe der Sozialversicherungsnummer und des Namens) und bei einer der folgenden Stellen einlangen:

1. an den Adressen auf jenen technischen Wegen, die in der Erreichbarkeitskundmachung der Kasse oder eines anderen Sozialversicherungsträgers nach § 13 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes - AVG im Internet unter www.ris.bka.gv.at/SVRecht/ kundgemacht sind; insbesondere bei der Kasse, auf die in der EKVK verwiesen wird, unabhängig davon, ob bei dieser tatsächlich ein Leistungsanspruch besteht,
2. mündlich, per e-mail oder Telefax bei der gemeinsamen Meldestelle aller Versicherungsträger (Serviceline der österreichischen Sozialversicherung),
3. durch Benützung der entsprechenden Eingabemöglichkeiten (Web-Interfaces) bei jenen Kommunikationsanschlüssen, welche im Internetangebot der österreichischen Sozialversicherung www.sozialversicherung.at für Mitteilungen über die e-card oder eine EKVK ausdrücklich angeboten werden.

(6) Für Mitteilungen, Kartenzusendungen und sonstige Zustellungen der Kasse ist entweder

1. die zuletzt als aktuell bei der Kasse vorgemerkte Anschrift oder
2. eine im Zentralen Melderegister als aktuell verzeichnete Anschrift oder
3. eine sonst nach dem Zustellgesetz, BGBl. Nr. 200/1982 in der Fassung BGBl. I Nr. 111/2010 zulässige Zustelladresse (einschließlich elektronischer Zustellung nach den §§ 28 ff. ZustG)

maßgeblich.

Begriffsbestimmungen

§ 3. Im Sinne dieser Krankenordnung gelten

- als Wanderarbeitnehmerverordnungen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. L 149 vom 5. Juli 1971 S. 2) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. L 74 vom 27. März 1972, S. 1),
- als Koordinierungsverordnungen die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. Nr. L 166 vom 30. April 2004, S. 1) sowie die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. Nr. L 284 vom 30. Oktober 2009, S. 1),
- als Abkommen über soziale Sicherheit die von Österreich abgeschlossenen Abkommen über soziale Sicherheit, die Zusammenrechnungsregelungen im Bereich der Krankenversicherung enthalten.

Ausstellung der e-card

§ 4. (1) Die e-card wird ohne Antrag auf Grund der der Kasse bekannten Daten ausgestellt. Bei mehreren zuständigen Kassen (Mehrfachversicherung in der Krankenversicherung) wird die e-card von der Kasse ausgestellt, die nach der folgenden Aufzählung als Erste in Frage kommt, solange nicht eine andere Kasse die Kartenausstellung (z. B. auf Verlangen des/der Versicherten zur Wahrnehmung seines/ihres Wahlrechts nach § 128 ASVG) an sich zieht. In diesem Fall wird diese Kasse zuständig:

1. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
2. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
3. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
4. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
5. Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
6. Betriebskrankenkasse Mondi
7. Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme
8. Betriebskrankenkasse Zeltweg
9. Betriebskrankenkasse Kapfenberg
10. Wiener Gebietskrankenkasse
11. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
12. Burgenländische Gebietskrankenkasse

13. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
14. Steiermärkische Gebietskrankenkasse
15. Kärntner Gebietskrankenkasse
16. Salzburger Gebietskrankenkasse
17. Tiroler Gebietskrankenkasse
18. Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Diese Reihenfolge hat keinen Einfluss auf Bestand und Umfang von Ansprüchen gegen eine Kasse. Die Regeln über die Ausstellung einer e-card gelten auch für die Änderung von Daten (§ 14) und für den Austausch fehlerhafter Karten (Abs. 4 Z 4 und 5). Personen,

- die nach europäischem Recht, einem Abkommen über soziale Sicherheit oder sonstigen Rechtsvorschriften von einem österreichischen Sozialversicherungsträger zu Lasten eines ausländischen Trägers zu betreuen sind und
- für die in den soeben genannten Bestimmungen keine Beschränkung der Sachleistungsansprüche verglichen mit in Österreich versicherten Personen vorgesehen ist,

erhalten im Rahmen dieser Betreuungspflicht eine e-card wie ein inländischer Versicherter/eine inländische Versicherte. Die Ausstellung der e-card ist in diesen Fällen bei der Gebietskrankenkasse des Aufenthalts bzw. Wohnorts der betroffenen Person zu beantragen (§ 31b Abs. 3 ASVG).

(2) Für den Fall, dass bei Ausstellung einer e-card Krankenversicherungsschutz (einschließlich Angehörigeneigenschaft, Schutzfrist, Ausleistungsfrist usw.) sowohl bei einer Kasse nach Abs. 1 als auch bei einer Krankenfürsorgeanstalt (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) besteht und die Krankenfürsorgeanstalt am e-card-System teilnimmt, wird die e-card nach folgenden Regeln ausgestellt, sofern der Versicherte/die Versicherte nicht die Ausstellung der e-card durch eine andere Kasse, bei der Versicherungsschutz besteht, verlangt:

1. wenn Krankenversicherungsschutz bei einer oder mehreren der in Abs. 1 Z 1 bis 4 aufgezählten Versicherungsanstalten besteht, von der als Erste in Betracht kommenden dieser Versicherungsanstalten,
2. wenn Krankenversicherungsschutz bei einer oder mehreren Betriebs- und/oder Gebietskrankenkassen besteht, von der Krankenfürsorgeanstalt.
3. Kommen mehrere Krankenfürsorgeanstalten in Betracht, gilt die Reihenfolge dieser Anstalten nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG.

(3) Die Kasse hat das Recht, eine e-card durch eine neue e-card zu ersetzen. In diesem Fall ist die Neuausstellung kostenlos. Ersatz für Daten und andere Speicherungen auf der e-card wird nicht geleistet. Die frühere e-card darf von dem Benutzer/der Benutzerin auf eigenes Risiko weiter verwendet werden.

(4) Die Vorgangsweise der Neuausstellung richtet sich nach folgenden Regeln:

1. Die e-card wird dem/der Versicherten ohne Antrag auf Kosten der ausstellenden Kasse übermittelt. Die näheren Regeln (Übermittlungswege, allfällige Abholmöglichkeiten) dafür bestimmt die Kasse.
2. Zur Identitätsfeststellung in Zweifelsfällen sind der Kasse nach Bedarf im Einzelfall auf deren Verlangen Personenstandsurkunden, amtliche Ausweise oder sonstige Unterlagen vorzulegen, aus denen folgende Angaben hervorgehen:
 - a) Vorname und Familienname,
 - b) Geschlecht,
 - c) Geburtsdatum (zumindest Geburtsjahr),
 - d) Geburtsort und, wenn dieser im Inland gelegen ist, das Bundesland, wenn er im Ausland gelegen ist, der Staat, in dem sich dieser Ort befindet,
 - e) Staatsangehörigkeit,
 - f) Wohnsitz, mangels Wohnsitz die Zustelladresse,
 - g) Angaben, die
 - nach Einrichtung des Ergänzungsregisters für natürliche Personen für Eintragungen in dieses Register notwendig sind (§ 6 Abs. 4 iVm § 10 Abs. 2 E-GovG) und/oder
 - für die Vergabe eines bereichsspezifischen Personenkennzeichens (§ 31 Abs. 4 Z 1 ASVG) notwendig sind, einschließlich der Adresse, die dem Ergänzungsregister gegenüber angegeben wird,
 - h) bei Fremden: Art, Nummer, Ausstellungsbehörde und Ausstellungsdatum eines Reisedokumentes oder eines anderen amtlichen Dokuments, mit Hilfe dessen die in lit. a bis e angeführten Identitätsdaten bestätigt werden können.
3. Der/Die Versicherte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass die e-card in allen optisch lesbaren Teilen richtig ausgefüllt ist. Fehler und Unstimmigkeiten (z. B. bei der Namensschreibweise oder bei der Versicherungsnummer) sind nach § 14 unverzüglich mit der Kasse zu klären. Es liegt kein Fehler in der Namensschreibweise (einschließlich diakritischer Zeichen) vor, wenn Abweichungen auf die Zeichensätze oder Datenfeldlängen zurückzuführen sind, welche für die Karten verwendet werden.
4. Fehlerhafte Karten werden von der ausstellenden Kasse nach Abs. 3 gegen funktionsfähige getauscht.

5. Der Tausch ist kostenlos, wenn die Fehlerhaftigkeit einer e-card nicht vom Benutzer/von der Benutzerin zu vertreten ist. Die Beweislast dafür liegt bei der Kasse, wobei bei offensichtlichen Beschädigungen vom Benutzer/von der Benutzerin zu bescheinigen ist, dass die Beschädigung ohne sein/ihr Verschulden entstanden ist und auch kein ersatzpflichtiger Schädiger/keine ersatzpflichtige Schädigerin dafür haftet.
6. Namensschreibweise und Geburtsdatumsangaben für die Ausstellung einer e-card werden durch die Kasse nach Maßgabe der für die Kartenausstellung bestehenden technischen und rechtlichen Möglichkeiten, insbesondere für die Schreibweise von Sonderzeichen und die Geburtsdatumsangaben (§ 358 ASVG), bestimmt.
7. Wenn die Fehlerhaftigkeit einer e-card durch Verschulden des Benützers/der Benützerin oder durch einen ersatzpflichtigen Dritten/eine ersatzpflichtige Dritte verursacht wurde, ist vom Verursacher/von der Verursacherin an die Kasse ein Ersatzbetrag in Höhe des Service-Entgelts nach § 31c Abs. 2 ASVG zu leisten.

(5) Die e-card wird ohne Gültigkeitsbegrenzung ausgestellt. Die Kasse ist berechtigt, e-cards im Einzelfall auf die voraussichtliche Verwendungsdauer befristet verwendbar zu machen. Allfällige weitere Beschränkungen für die Inanspruchnahme einer e-card ergeben sich aus dieser Krankenordnung (§§ 6 ff.).

(6) Wechsel zwischen Kassen und Zeiten ohne Krankenversicherungsschutz haben keinen Einfluss auf die Verwendbarkeit der e-card. Insbesondere ist die Verwendung einer e-card im Rahmen medizinischer Leistungen in Zeiten ohne Versicherungsschutz (z. B. zur Dokumentation einer Namensschreibweise, für Mutter-Kind-Pass-Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen) zulässig. Die e-card muss bei Kassenwechsel oder Ende des Versicherungsschutzes nicht getauscht oder zurückgegeben werden.

- (7) Wer nicht bereits nach Abs. 1 eine e-card erhalten hat, erhält von der Kasse auf Antrag eine e-card, wenn
1. seine/ihre Identität aufgrund der Vorlage geeigneter Dokumente wie amtlicher Lichtbildausweis oder Personenstandsurkunden feststeht und
 2. durch die Ausstellung einer e-card
 - a) entweder aus der Sicht der Kasse Vorteile für die Vollziehung der von einem Sozialversicherungsträger zu beachtenden Rechtsvorschriften und Verträge erwartet werden können
 - b) oder die Ausstellung für die Verwendung der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA verlangt wird.

Die Feststellung des Geburtsdatums erfolgt auch in diesen Fällen nach § 358 ASVG.

(8) Die Kasse kann in begründeten Fällen (z. B. milderer Grad des Verschuldens) von der Einhebung der Beträge für die Neuausstellung einer e-card nach Abs. 4 Z 7, § 13 Abs. 4 oder nach § 15 Abs. 2 absehen.

(9) Die Ausstellung einer e-card nach Abs. 1 oder nach Abs. 7 wird von der Kasse in den Fällen des Abs. 10 abgelehnt. Die Kasse kann weiters auf die Ausstellung einer e-card auf Dauer oder befristet verzichten. Die Kasse wird in all diesen Fällen bei Bedarf durch Ausstellung eines e-card-Ersatzbeleges oder durch sonstige Maßnahmen dafür sorgen, dass der/die Versicherte und die mitversicherten Angehörigen seine/ihre Ansprüche entsprechend den jeweiligen Regeln uneingeschränkt und unbeeinflusst geltend machen können. Ob eine e-card oder ein e-card-Ersatzbeleg ausgestellt wird, wird von der Kasse bestimmt und richtet sich danach, wodurch im Einzelfall am Einfachsten die entsprechenden Leistungen ohne organisatorische Einschränkungen zur Verfügung gestellt werden können. Ein e-card-Ersatzbeleg wird insbesondere in jenen Fällen ausgestellt, in denen keine e-card ausgestellt wird, aber

1. nach einem von Österreich abgeschlossenen Abkommen auf Grund der ausländischen Betreuungsscheine vor der Behandlung österreichische Anspruchsnachweise anzufordern sind oder
2. in denen zwar ein Anspruch auf Leistungen nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung außerhalb des für die Kostentragung zuständigen Staates besteht, dieser Anspruch aber nicht vom Leistungsumfang im Rahmen der EKVK gedeckt ist oder
3. nach einem von Österreich abgeschlossenen Abkommen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Österreich für eine dringend notwendige ärztliche Behandlung ein österreichischer Anspruchsnachweis erforderlich ist.

(10) Die Ausstellung einer e-card wird von der Kasse abgelehnt:

1. Für Personen, welche die Zahlung des Betrages nach Abs. 4 Z 7, § 13 Abs. 4 oder nach § 15 Abs. 2 verweigern.
2. Für Personen, welche auf längere Zeit (z. B. wegen dauernder Unterbringung in einer Krankenanstalt) keine e-card benötigen.
3. Für Personen, welche nur für eine einmalige Behandlung oder für weniger als ein Jahr eine e-card benötigen würden.
4. Für Personen, deren Versicherungsschutz z. B. auf § 1 Z 17 oder Z 19 der Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, BGBl. Nr. 420/1969 idF BGBl. II Nr. 262/2010 (Einbeziehungsverordnung), beruht (Asylwerber/Asylwerberinnen in Bundesbetreuung, Grundversorgte mit Krankenbehandlungsanspruch nach den Grundversorgungsgesetzen des Bundes und der Länder).

Allgemeine Verwendung der e-card und der EKVK – Information über Karteninhalte der e-card

§ 5. (1) Die e-card, eine allenfalls gesondert von einer e-card ausgestellte EKVK, die EKVK-Ersatzbescheinigung oder der e-card-Ersatzbeleg sind wie Bargeld, Kreditkarten oder andere unbare Zahlungsmittel zu verwahren. Sie dürfen nicht an andere Personen weitergegeben werden. Die Weitergabe an oder eine Verwahrung bei Gesundheitsdiensteanbietern/Gesundheitsdiensteanbieterinnen (Deponierung in einer Ordination oder Ambulanz) ist ohne Einvernehmen mit der Kasse nicht zulässig.

(2) E-card und EKVK, die EKVK-Ersatzbescheinigung, der e-card-Ersatzbeleg sind so zu verwenden, dass eine Beschädigung der Kartenoberfläche oder des integrierten Chips sowie ein Unkenntlichwerden der schriftlichen Inhalte vermieden wird. Blinde und schwer sehbehinderte Personen haben das Recht, ihre e-card an der dem Chip gegenüberliegenden rechten äußeren Kante durch kleine Einkerbungen, welche die Lesbarkeit der Karte auf der Rückseite nicht beeinträchtigen, individuell zu kennzeichnen. Insbesondere darf die Karte

1. nicht gebogen werden,
2. nicht so umgestaltet werden, dass ursprüngliche Eintragungen oder der Inhalt des Chips unlesbar werden,
3. nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig solchen mechanischen, elektromagnetischen und chemischen Einwirkungen ausgesetzt werden, durch welche die Verwendbarkeit der Karte eingeschränkt würde.

(3) Eintragungen auf der e-card oder der EKVK, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder dem e-card-Ersatzbeleg, gleichgültig, ob sie optisch lesbar (aufgedruckt) sind oder ob sie sich auf dem Teil des Chips der e-card befinden, welcher für Sozialversicherungszwecke verwendet werden soll, dürfen ohne Zustimmung der Kasse nicht verändert werden, ausgenommen Eintragungen, die im Rahmen der Aufbringung von Zertifikaten durch einen Zertifizierungsdiensteanbieter oder dessen Beauftragte erfolgen. E-cards oder EKVKs, EKVK-Ersatzbescheinigungen oder e-card-Ersatzbelege mit veränderten Eintragungen werden durch andere Veränderungen ungültig. Die Kasse ist berechtigt, e-cards und EKVKs, EKVK-Ersatzbescheinigungen oder e-card-Ersatzbelege ohne Vorankündigung einzuziehen oder zu sperren, wenn sich bei deren Verwendung ergibt, dass Eintragungen ohne Zustimmung der Kasse verändert wurden.

(4) Karten von Personen, die im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen trotz Unterstützung dauerhaft nicht entscheidungsfähig sind, sind von in diesem Bereich vertretungsbefugten Personen (Vorsorgebevollmächtigte/r, gewählte/r Erwachsenenvertreter/in, gesetzliche/r Erwachsenenvertreter/in, gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in) zu unterzeichnen.

(5) Eine e-card, die auf Grund des Sachverhalts im Einzelfall auf Dauer oder zumindest auf unbefristete Zeit nicht mehr berechtigt verwendet werden kann, wird von der Kasse eingezogen oder zumindest in ihren Sozialversicherungsfunktionen auf Dauer gesperrt. Eine e-card, die nicht mehr benötigt wird, kann bei der ausstellenden oder jeder anderen Kasse zurückgegeben oder von dem Benutzer/der Benutzerin vernichtet werden. Karten, die nicht mehr verwendet werden können (z. B. e-cards und EKVKs verstorbener Benutzer/Benutzerinnen), deren Garantiezeitraum als EKVK aber noch nicht abgelaufen ist, sind der Kasse zurückzugeben oder zu vernichten.

(6) Eine e-card, die für Sozialversicherungsfunktionen gesperrt ist, kann nach Bedarf auf Kosten und Risiko des Benützers/der Benützerin weiterhin für Anwendungen außerhalb der Sozialversicherung verwendet werden.

(7) Die Kasse ist berechtigt, jede e-card,

1. bei der der Verdacht auf unrechtmäßige Verwendung aufgetreten ist oder
2. auf die bei einer Neuausstellung einer der Sachverhalte nach § 12 Abs. 2 (Ausstellungsverbote EKVK) zutreffen würde,

in der Kartenverwaltung und/oder in jenem Bereich des Chips, welcher für Sozialversicherungszwecke verwendet werden kann,

- auf Dauer,
- ohne Vorankündigung,
- unabhängig davon, ob ein aktueller Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht und
- unabhängig davon, auf welche Dauer eine auf der Rückseite der e-card vorhandene EKVK ausgestellt ist,

so zu kennzeichnen, dass die Schlüsselfunktion nicht oder nur mehr beschränkt verwendbar ist (Widerruf der Zertifikate oder gleichwertige Funktionen wie Kartensperre). Eine Sperre der e-card oder EKVK ist auf solche Gründe eingeschränkt, in denen durch den weiteren Gebrauch einer e-card oder EKVK für die Kasse Mehraufwendungen oder sonstige Nachteile zu erwarten wären. Die Kasse wird in diesen Fällen den Versicherten/die Versicherte von der Sperre und deren Begründung sofort schriftlich verständigen und ihm/ihr Gelegenheit zur Aufklärung des Sachverhalts geben. Eine Sperre nach diesem Absatz verändert einen bestehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht. Die Sachverhalte nach § 12 Abs. 2 Z 1 bewirken ab ihrem Bekanntwerden bei der Kasse zumindest dann eine Sperre der e-card des/der Betroffenen, wenn diese e-card mit einer EKVK verbunden ist. Der Inhaber/Die Inhaberin einer e-card, auf deren Rückseite sich eine EKVK (§ 2 Abs. 3) befindet, hat diese e-card unabhängig vom Grund der Sperre oder Verwendbarkeitseinschränkung auf deren Verlangen der Kasse vorzulegen, um eine Sperre der EKVK (Löschung des Gültigkeitszeitraums o. Ä.) zu ermöglichen.

(8) In den Fällen nach Abs. 7 wird eine e-card, die in den Einflussbereich der Kasse gelangt, ohne Vorankündigung eingezogen. Dieses Einziehen einer Karte ist auch jedem ausländischen Sozialversicherungsträger im Rahmen seiner Amtshilfeverpflichtung nach Art. 84 Abs. 2 der Wanderarbeitnehmerverordnung bzw. Art. 76 Abs. 2 der Koordinierungsverordnung oder den analogen Bestimmungen in den bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit, einem Vertragspartner oder einer Vertragspartnerin der Kasse gestattet.

(9) Zur Kontrolle der Eintragungen oder zur Prüfung der Funktionsfähigkeit einer e-card hat jeder/jede Versicherte das Recht, bei den dafür vorgesehenen Stellen der Kasse oder anderer Sozialversicherungsträger die Funktionsfähigkeit der e-card testen zu lassen. Angaben, die auf freiwilliger Speicherung beruhen, dürfen für Zwecke der in diesem Absatz beschriebenen Kontrolle nur mit schriftlicher Zustimmung des/der Versicherten gelesen werden, soweit keine andere Rechtsgrundlage in Betracht kommt.

(10) Bei Beginn einer Versicherung ist die e-card der jeweils meldepflichtigen Stelle (§§ 33 ff. ASVG, §§ 11 ff. B-KUVG, insbesondere dem Dienstgeber/der Dienstgeberin) gemeinsam mit einem amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Wenn während eines Versicherungsverhältnisses eine neue e-card mit geändertem Namen (Namensbestandteil, einschließlich akademische Grade) und/oder geänderter Versicherungsnummer ausgestellt wurde, ist davon die meldepflichtige Stelle zu verständigen und auf deren Verlangen die neue e-card auch vorzulegen.

Benützung der e-card, der Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer Ersatzbescheinigung für Leistungen der Kasse im In- und Ausland

§ 6. (1) Wer im Inland Leistungen auf Rechnung der Kasse in Anspruch nimmt, hat bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners, einer Vertragspartnerin oder eigener Einrichtungen einer Kasse

1. die e-card oder (nach § 9 dieser Krankenordnung gemäß § 31a Abs. 2 ASVG idF SVÄG 2004, BGBl. I Nr. 18/2004) eine diese ersetzende Bürgerkarte, wenn die Leistung als Anspruchsberechtigte/r eines österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen wird, oder
2. die Europäische Krankenversicherungskarte EKVK und die hierfür vorgesehene Patientenerklärung (Anhang 4), wenn die Leistung als Anspruchsberechtigte/r nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung in Anspruch genommen wird, oder
3. falls eine Anspruchsberechtigung nach Z 1 oder Z 2 besteht, aber keine e-card oder EKVK vorgelegt werden kann,
 - a) die Ersatzbescheinigung, welche anstelle einer EKVK ausgestellt wurde (EKVK-Ersatzbescheinigung) sowie die entsprechende Patientenerklärung oder
 - b) den Ersatzbeleg für die e-card (§ 4 Abs. 9, e-card-Ersatzbeleg),

vorzulegen und die Verwendung einer e-card zur Abfrage über das Bestehen einer Versicherung zuzulassen bzw. die entsprechenden Abfragen selbst einzuleiten (Stecken der Karte ins Lesegerät, Eingabe allfälliger Codes bei Bürgerkartenverwendung). Der Behandler/Die Behandlerin ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, außerhalb der oben genannten Karten, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder des e-card-Ersatzbeleges die Vorlage eines gültigen zwischenstaatlichen Betreuungsformulars (ausländische Anspruchsberechtigung aus Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz) als Grundlage einer abkommens- und damit rechtskonformen Behandlung und als Verrechnungsgrundlage für die erbrachten Leistungen zu akzeptieren.

(2) Wer im Ausland Leistungen auf Rechnung der Kasse in Anspruch nimmt, hat

1. wenn kein Vertragspartner/keine Vertragspartnerin der Kasse in Anspruch genommen wird, der behandelnden Stelle
 - a) die Europäische Krankenversicherungskarte oder
 - b) die statt dieser Karte ausgestellte EKVK-Ersatzbescheinigung (Anhang 3) oder
 - c) sofern die behandelnde Stelle dies akzeptiert, den entsprechenden zwischenstaatlichen Betreuungsschein vorzuweisen und die hierfür vorgesehenen Erklärungen in der jeweils vorgesehenen Form abzugeben,
2. bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners, einer Vertragspartnerin oder eigener Einrichtungen einer Kasse die e-card oder den statt dieser Karte ausgestellten e-card-Ersatzbeleg vorzulegen und, soweit hierfür technische Einrichtungen verfügbar sind, die e-card (nach § 9 statt der e-card auch die Bürgerkarte) zu verwenden.

(3) Die e-card in ihrer Funktion nach § 31c Abs. 1 ASVG, eine EKVK, die EKVK-Ersatzbescheinigung oder der e-card-Ersatzbeleg dürfen nur dann verwendet werden, wenn

1. Leistungen der Kasse aus dem Versicherungsverhältnis (für Versicherte, Angehörige, sonst anspruchsberechtigte Personen usw.) oder
2. Leistungen der Kasse als betreuender Versicherungsträger nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung, zwischenstaatlichen Vereinbarungen oder gleichzuhaltenden Bestimmungen oder
3. sonstige auch außerhalb eines Versicherungsverhältnisses zugängliche Leistungen der Kasse wie Vorsorge- (Gesunden-) Untersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Leistungen in Schutzfristfällen (§ 122 Abs. 3, § 134 Abs. 2 ASVG usw.)

in Anspruch genommen werden. E-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder e-card-Ersatzbeleg sind hinsichtlich des durch sie deklarierten Anspruches auf Versicherungsleistungen gleichwertig und dürfen ohne anders lautende Genehmigung der Kasse der behandelnden Stelle erst bei der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistung verwendet werden. Wenn weder die e-card, die Europäische Krankenversicherungskarte noch eine EKVK-Ersatzbescheinigung oder ein e-card-Ersatzbeleg vorgelegt werden können, sind zumindest

- a) die in- oder ausländische Sozialversicherungsnummer und
- b) allfällige weitere Umstände, von denen sich ein Anspruch auf eine direkt mit der Kasse zu verrechnende Leistung ableiten soll,
 - aa) im Inland für Anspruchsberechtigte auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (Abs. 1 Z 2) durch Abgabe einer Patientenerklärung (Anhang 4),
 - bb) im Inland für Anspruchsberechtigte auf Grund inländischer Rechtsvorschriften durch Abgabe einer Patientenerklärung (Ersatzbescheinigung der Kasse) oder
 - cc) im Ausland durch die für Anspruchsberechtigte nach österreichischem Recht vorgesehenen Erklärungen in der für den ausländischen Behandler/die ausländische Behandlerin jeweils vorgesehenen Form bekannt zu geben,
- c) der behandelnden Stelle gegenüber die Identität nachzuweisen und
- d) der behandelnden Stelle gegenüber die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift oder gleichwertige Angaben (Kontaktpersonen usw.) zu bestätigen.

(4) Für Leistungen, die nicht zur gesetzlichen Leistungsverpflichtung der Kasse gehören, wie z. B. im Zusammenhang mit

1. Sportuntersuchungen, Befreiungen vom Turnunterricht, Schikurs etc.,
2. Pflegefreistellungsersuchen,
3. Einstellungsuntersuchungen bei Dienstantritt,
4. Untersuchungen zur medizinischen Befundung einer Invalidität, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Notwendigkeit eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Leistungsbereichs der Kasse,

darf die e-card, EKVK, die EKVK-Ersatzbescheinigung oder der e-card-Ersatzbeleg nicht verwendet werden. Für solche Leistungen übernimmt die Kasse keine Kosten.

- (5) In einem Kalendervierteljahr darf die e-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder der e-card-Ersatzbeleg
1. zur Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin, und weiters
 2. zur Behandlung durch einen Facharzt/eine Fachärztin je Facharztsparte (ausgenommen Fachärzte/Fachärztinnen gemäß § 7 Abs. 1), wobei eine Behandlung in einer eigenen Einrichtung der Kasse (Gesundheitszentrum, Ambulatorium etc.) der Behandlung durch einen Facharzt/eine Fachärztin der jeweiligen Facharztsparte gleichzuhalten ist,

verwendet werden.

(6) Außerhalb des Kassenbereiches oder des Wohnortes darf die e-card, EKVK oder EKVK-Ersatzbescheinigung für den Fall einer Erkrankung in Österreich ohne die Einschränkungen nach Abs. 5 verwendet werden (§ 62).

(7) Die Verwendung der e-card, EKVK oder EKVK-Ersatzbescheinigung in dem Kalendervierteljahr, das bei Beginn der Versicherung bei einer neuen Kasse läuft, zählt nicht auf die Verwendungsbeschränkungen nach Abs. 5.

(8) Die Versicherten haben damit zu rechnen, dass der Behandler/die Behandlerin berechtigt ist, im Fall der Nichtvorlage einer e-card, einer EKVK oder einer EKVK-Ersatzbescheinigung oder eines e-card-Ersatzbeleges als Sicherheitsleistung einen angemessenen Geldbetrag zu verlangen, welcher bei späterer Vorlage der Karte oder Ersatzbescheinigung rückerstattet wird. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Nichtverwendbarkeit der e-card nicht auf ein Verhalten des/der Versicherten, sondern auf die Nichtfunktionsfähigkeit der jeweiligen technischen Anlagen zurückzuführen ist.

(9) Jeder/Jede Versicherte ist berechtigt, die Kasse zu informieren, wenn er/sie die e-card, EKVK, die EKVK-Ersatzbescheinigung oder den e-card-Ersatzbeleg im Rahmen einer Leistungsanspruchnahme nicht bestimmungsgemäß verwenden konnte, weil

1. die Annahme der e-card, der EKVK, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder des e-card-Ersatzbeleges verweigert wurde, obwohl eine Behandlung auf Rechnung der Kasse angeboten oder vereinbart worden war
2. keine technische Einrichtung für die Verwendung der e-card angeboten wurde oder
3. für die Verwendung im Einzelfall außer den zulässigen Beträgen (wie die Sicherheitsleistung, das Service-Entgelt nach § 135 ASVG, eine Rezeptgebühr usw.) Zahlungen verlangt wurden.

(10) Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme eines/einer mit der entsprechenden technischen Infrastruktur ausgestatteten Vertragspartners/Vertragspartnerin (§§ 338 ff. ASVG) vorzulegen.

(11) Anspruchsberechtigte und Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen sind verpflichtet, auf Verlangen der Kasse oder auf Verlangen einer behandelnden Stelle (z. B. Vertragsarzt/Vertragsärztin, Wahlarzt/Wahlärztin, Krankenhaus) Auskünfte über ihre Identität zu geben und die Richtigkeit dieser Auskünfte durch Urkunden (z. B. amtliche

Lichtbildausweise) oder Zeugen/Zeuginnen zu bescheinigen. Für den Fall, dass nach Namensänderungen noch keine neue e-card vorgelegt werden kann, ist die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde zu beweisen.

Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein

§ 7. (1) Folgende Vertragspartner/Vertragspartnerinnen können nicht mit der e-card allein, sondern nur mit einem Überweisungs- oder Zuweisungsschein gemeinsam mit der e-card, dem e-card-Ersatzbeleg, der EKVK oder der EKVK-Ersatzbescheinigung in Anspruch genommen werden:

1. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen, Vertragseinrichtungen oder Vertrags-Gruppenpraxen für Radiologie bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für Radiologie, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind,
2. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen für physikalische Medizin bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für physikalische Medizin, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind,
3. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen, Vertragseinrichtungen oder Vertrags-Gruppenpraxen für medizinisch chemische Labordiagnostik bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für medizinisch chemische Labordiagnostik, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind,
4. Vertragseinrichtungen für physikalische Therapie,
5. Vertragseinrichtungen für logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen,
6. Ambulanzen von Krankenanstalten (sofern nicht ein Ambulanzschein vorgesehen ist),
7. sonstige Vertragseinrichtungen (Vertragspartner)
 - a) Universitätsinstitute,
 - b) Untersuchungsstellen für Allergie, Bakteriologie, Serologie, Computertomographie, nuklearmedizinische Diagnostik, EEG, EKG, Schilddrüse, Magnet-Resonanz sowie genetische Beratungs- und Untersuchungsstellen.

Bei der Inanspruchnahme von Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. sonstigen Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen im Rahmen des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes ist für Frauen ab Beginn des 46. Lebensjahres bis zum vollendeten 70. Lebensjahr keine Zuweisung zum Facharzt/zur Fachärztin für Radiologie erforderlich. Dasselbe gilt für Frauen ab Beginn des 41. bis zum vollendeten 45. Lebensjahr bzw. ab Beginn des 71. Lebensjahres mit der Maßgabe, dass zuvor eine Anmeldung bei der Serviceline bzw. über ein web-Opt-in des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes erfolgt sein muss.

(2) Abs. 1 gilt sinngemäß auch für eigene Einrichtungen der Kasse.

(3) Die Überweisung oder Zuweisung berechtigt die Versicherten innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem diese ausgestellt wurde, die entsprechende Leistung bei einem Vertragsfacharzt/einer Vertragsfachärztin, einer Vertragsgruppenpraxis bzw. einem Facharzt/einer Fachärztin, einer sonstigen Vertragseinrichtung oder einer kasseneigenen Einrichtung in Anspruch zu nehmen.

(4) Bei bewilligungspflichtigen Leistungen ist die Überweisung oder Zuweisung der Kasse innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem diese ausgestellt wurde, zur Bewilligung vorzulegen und sind die entsprechenden Leistungen innerhalb eines Monats ab dem Tag der Erteilung der Kassenbewilligung in Anspruch zu nehmen.

(5) Überweisungen oder Zuweisungen für Leistungen nach Anhang 5, die nicht bewilligungspflichtig sind, berechtigen die Versicherten die entsprechende Leistung innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem diese elektronisch im elektronischen Bewilligungs- und Antragservice (eBS) erfasst wurde, bei einem Leistungserbringer/einer Leistungserbringerin in Anspruch zu nehmen. Hat der/die Versicherte innerhalb dieses Zeitraums Kontakt mit dem/der gewünschten Leistungserbringer/Leistungserbringerin aufgenommen und diesem/dieser den Antragscode der e-Überweisung bzw. e-Zuweisung und seine/ihre Sozialversicherungsnummer bekanntgegeben, so verlängert sich der Zeitraum für die Leistungserbringung auf drei Monate ab dem Tage der elektronischen Erfassung bzw. Nacherfassung der nicht bewilligungspflichtigen Überweisung oder Zuweisung.

(6) Bei Leistungen nach Anhang 5, die der Bewilligungspflicht unterliegen, gelten die Regeln des Abs. 5. Der Zeitraum von drei Monaten beginnt jedoch mit dem Tag der Bewilligung durch die Kasse.

Arztwechsel

§ 8. (1) Der behandelnde Vertragsarzt/Die behandelnde Vertragsärztin für Allgemeinmedizin darf innerhalb eines Kalendervierteljahres - ausgenommen Abs. 3 - nur mit Zustimmung der Kasse gewechselt werden. Eine Behandlung durch Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist dabei einer Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin für Allgemeinmedizin gleichzuhalten. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Wechsel darauf zurückzuführen ist, dass

1. der Arzt/die Ärztin von seinem/ihrem Recht, die Behandlung zu verweigern, Gebrauch macht, oder
2. der Patient/die Patientin aus gerechtfertigten Gründen die weitere Behandlung durch den bisherigen Arzt/die bisherige Ärztin ablehnt.

(2) Abs. 1 gilt sinngemäß, wenn innerhalb eines Kalendervierteljahres zusätzlich zur erfolgten Behandlung durch einen Vertragsfacharzt/eine Vertragsfachärztin die Behandlung durch einen anderen Vertragsfacharzt/eine andere Vertragsfachärztin des gleichen Faches verlangt wird, wobei

1. eine Behandlung in einer eigenen Einrichtung der Kasse (Gesundheitszentrum, Ambulatorium etc.) der Behandlung durch einen Facharzt/eine Fachärztin der jeweiligen Facharztsparte und
2. eine Behandlung durch Fachärzte/Fachärztinnen des gleichen Faches in einer Vertrags-Gruppenpraxis der Behandlung durch einen Vertragsfacharzt/eine Vertragsfachärztin des gleichen Faches

gleichzuhalten sind.

(3) Ein Wechsel des Arztes/der Ärztin (der Gruppenpraxis) desselben ärztlichen Fachgebietes ist während eines Kalendervierteljahres ohne Zustimmung der Kasse für Behandlungen auf deren Rechnung nur zulässig

1. bei Übersiedlung des Patienten/der Patientin sowie bei Verlegung der Ordinationsstätte des Vertragsarztes/der Vertragsärztin oder des Berufssitzes der Vertrags-Gruppenpraxis, wenn der bisher behandelnde Vertragsarzt/die bisher behandelnde Vertragsärztin oder der entsprechende Arzt/die entsprechende Ärztin einer Vertrags-Gruppenpraxis nicht weiter der/die Nächsterreichbare ist,
2. bei Verhinderung des behandelnden Vertragsarztes/der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin einer Vertrags-Gruppenpraxis durch Krankheit, Urlaub, Fortbildungsaufenthalt oder aus sonstigen Gründen, ohne dass eine Vertretung in der Ordination, in der Gruppenpraxis oder ein organisierter Bereitschaftsdienst zu Verfügung steht,
3. nach dem Ende des Vertrages der Kasse mit dem bisher behandelnden Arzt/der bisher behandelnden Ärztin oder Vertrags-Gruppenpraxis.

Auch aus Gründen nach Z 1 bis 3 darf der Arzt/die Ärztin ohne Zustimmung der Kasse in einem Kalendervierteljahr pro Fachgebiet nur drei Mal gewechselt werden. Behandlungen im Rahmen von Erster Hilfe (einschließlich Notdienste) sind von den Einschränkungen dieses Absatzes ausgenommen.

Verwendung der Bürgerkarte statt der e-card

§ 9. Die Bürgerkarte (Bürgerkartenfunktion) nach § 4 des E-Government-Gesetzes, BGBl. I Nr. 10/2004, darf in allen Zusammenhängen, in denen eine e-card gefordert ist, statt der e-card (deren Funktionen) vorgelegt und verwendet werden (§ 31a Abs. 2 ASVG idF SVÄG 2004, BGBl. I Nr. 18/2004).

Europäische Krankenversicherungskarte - EKVK

European Health Insurance Card - EHIC

§ 10. (1) Die EKVK dient zur Dokumentation von Leistungsansprüchen der österreichischen sozialen Krankenversicherung in den Staaten, für welche die Wanderarbeitnehmerverordnungen oder die Koordinierungsverordnungen gelten. Es gelten für sie folgende Grundsätze:

1. Die EKVK hat für Versicherte österreichischer Kassen in Österreich keine Rechtswirkungen.
2. Für die Ausstellung und Änderung einer EKVK ist die Kasse zuständig, die nach den Regeln des § 4 Abs. 1 in Betracht kommt. Bei Mehrfachversicherung kann vom Versicherten/von der Versicherten die ausstellende Kasse nach § 4 Abs. 1 gewählt werden. Das Recht, bei Mehrfachversicherung im Leistungsfall den zuständigen Versicherungsträger zu wählen (§ 128 ASVG), wird durch die Vorgangsweise bei der Ausstellung der EKVK und die Bezeichnung des auf der Karte angeführten Versicherungsträgers nicht eingeschränkt.
3. Die EKVK wird ausgestellt durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card.
4. Statt der EKVK wird
 - a) in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann oder
 - b) auf ausdrücklichen und nachvollziehbar sachlich begründeten Wunsch des/der Versicherten (z. B. zwecks Verringerung der Verlustgefahr einer längerfristig ausgestellten EKVK) oder
 - c) in den Fällen des § 11 Abs. 1 Z 4 und 5 von der Kasse eine Ersatzbescheinigung (EKVK-Ersatzbescheinigung, Anhang 3) ausgestellt. Dafür hat der Benützer/die Benützerin bei Bedarf im Einzelfall zwecks Feststellung seiner/ihrer Identität auf Wunsch der Kasse
 - d) die Unterlagen vorzulegen, aus denen Angaben nach § 4 Abs. 4 Z 2 hervorgehen,
 - e) die Anträge zu stellen, die zur Vergabe von Versicherungsnummer und bereichsspezifischem Personenkennzeichen notwendig sind und
 - f) das Ergebnis der durch diese Anträge eingeleiteten Verfahren der Kasse unaufgefordert mitzuteilen.
5. Die EKVK oder die EKVK-Ersatzbescheinigung dürfen nur für Leistungen verwendet werden, die sich während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen, nicht für Leistungen, deren Inanspruchnahme der Grund der Aufenthaltsverlegung war.

(2) Wer eine EKVK benützt, ohne dass ein der Benützung zu Grunde liegender Anspruch besteht, haftet für die daraus entstehenden Schäden. Die unverzügliche Meldung des Verlustes der EKVK befreit den Versicherten/die Versi-

cherte, für den/die die EKVK ausgestellt wurde, ab dem Zeitpunkt des Einlangens der Meldung bei einer zuständigen Stelle (§ 2 Abs. 5, § 13 Abs. 1) von der Haftung für weitere Schäden.

(3) Wer eine von der Kasse ausgestellte EKVK besitzt, deren Gültigkeitszeitraum noch nicht abgelaufen ist und den Aufenthalt nicht nur vorübergehend in das Ausland verlegt, hat die EKVK zurückzugeben oder seine/ihre e-card zwecks Stornierung der EKVK-Daten auf deren Rückseite der Kasse vorzulegen. Die Kasse ist berechtigt, in diesem Fall eine e-card, die außer der EKVK keine zusätzlichen Daten und Funktionen trägt, einzuziehen oder – wenn sie zusätzliche Daten und Funktionen trägt - eine e-card ohne EKVK-Daten auszustellen.

Die EKVK behält jedoch ihre Gültigkeit und ist nicht zurückzugeben, wenn

- der Aufenthalt in einen Staat verlegt wird, in dem die Koordinierungsverordnungen anzuwenden sind oder
- eine aufgrund einer aktiven Erwerbstätigkeit versicherte Person ihren Aufenthalt in einen Staat verlegt, mit dem Österreich ein Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat.

(4) Die Kasse legt fest, ob und unter welchen Umständen Ersatzbescheinigungen (Abs. 1 Z 4) auch von anderen Stellen (Dienstgebern/Dienstgeberinnen usw.) ausgestellt werden. Sie ist berechtigt, trotz bereits erfolgter Ausstellung einer EKVK in begründeten Einzelfällen eine EKVK-Ersatzbescheinigung auszustellen.

Gültigkeitsdauer der Europäischen Krankenversicherungskarte

§ 11. (1) Die EKVK wird für folgende Zeiträume ab Ausstellungstag ausgestellt. Der Ausstellungszeitraum (ausgenommen Fälle nach Z 4 und Z 5 - EKVK-Ersatzbescheinigung) ist jeweils mit Monatsende des entsprechenden Monats befristet. Die EKVK wird ausgestellt auf eine Gültigkeitsdauer von

1. zehn Jahren für Personen ab dem 60. Lebensjahr, die
 - a) eine Leistung aus der Pensionsversicherung beziehen und
 - b) diese Leistung mit einem Krankenversicherungsanspruch oder Betreuungsanspruch auf Grund internationaler Bestimmungen bei einem österreichischen Versicherungsträger verbunden ist und sie
 - 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. 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. 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. höchstens sechs Monaten auf Antrag, wenn die EKVK nicht ausgestellt werden kann, als EKVK-Ersatzbescheinigung (§ 10 Abs. 1),
5. höchstens einem Jahr als EKVK-Ersatzbescheinigung (§ 10 Abs. 1), wenn im Fall der Z 4 ein längerer Bedarf nachgewiesen wird,
6. mindestens fünf Jahren für Kinder und jedenfalls bis zur Vollendung deren 14. Lebensjahres.

(2) Für die Berechnung der Zeit, die nach Abs. 1 vor der Ausstellung der EKVK vorhanden sein muss, werden alle Zeiten (Wartezeiten, Vorversicherungszeiten, Angehörigeneigenschaft) herangezogen, die nach den jeweils geltenden Rechtsvorschriften, insbesondere nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, nach der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung oder einem zwischenstaatlichen Abkommen über Soziale Sicherheit für die Entstehung von Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung anzurechnen sind.

(3) Ein Recht auf Austausch einer EKVK gegen eine solche mit längerer Gültigkeitsdauer besteht erst dann, wenn die ursprünglich ausgestellte EKVK nur mehr kürzer als ein Jahr gültig wäre.

Einschränkungen für die Ausstellung einer EKVK

§ 12. (1) Eine EKVK wird von der Kasse ausnahmslos nur dann ausgestellt, wenn die Identität der betroffenen Person (Versicherungsnummer, bereichsspezifisches Personenkennzeichen, allenfalls durch Eintragung in das Ergänzungsregister für natürliche Personen) eindeutig ist; hiezu sind bei Bedarf im Einzelfall zwecks Feststellung der Identität auf Wunsch der Kasse

1. die Unterlagen vorzulegen, aus denen Angaben nach § 4 Abs. 4 Z 2 hervorgehen,
2. die Anträge zu stellen, die zur Vergabe von Versicherungsnummer und bereichsspezifischem Personenkennzeichen notwendig sind und
3. das Ergebnis der durch diese Anträge eingeleiteten Verfahren der Kasse unaufgefordert mitzuteilen.

- (2) Eine EKVK wird in folgenden Fällen nicht ausgestellt:
1. Für Benützer und Benützerinnen, deren rechtliche Situation hinsichtlich des Schutzes im Krankheitsfall auf einem Aufenthalt im Inland beruht, wie z.B.
 - a) für Versicherte nach § 1 Z 17 oder Z 19 (Asylwerber/Asylwerberinnen in Bundesbetreuung, Grundversorgte) der Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, BGBl. Nr. 420/1969 idF BGBl. II Nr. 262/2010 (Einbeziehungsverordnung),
 - b) für Versicherte oder Anspruchsberechtigte nach § 66a AlVG oder den §§ 76, 77 Strafvollzugsgesetz - StVG (Strafgefangene) und sonst gerichtlich oder polizeilich angehaltene Personen (Festgenommene, Untersuchungshäftlinge),
 - c) für Personen, denen Reisen ins Ausland aus anderen Gründen nicht erlaubt sind (Bewohner/Bewohnerinnen von geschlossenen Anstalten).
 2. Für Personen, die nach § 5 GSVG von der Krankenversicherung ausgenommen sind, es sei denn, dies wird von einem dem Hauptverband angehörenden Versicherungsträger verlangt.
 3. Für Personen, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG wegen Zugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeanstalt von der Krankenversicherung ausgenommen sind, es sei denn, dies wird von einem dem Hauptverband angehörenden Versicherungsträger verlangt oder die jeweilige Krankenfürsorgeanstalt nimmt an der e-card-Ausstellung allgemein teil.
- (3) Eine EKVK mit den Garantiefristen des § 11 Abs. 1 Z 1 und 2 wird in folgenden Fällen nicht ausgestellt:
1. Für Versicherte, die ihre EKVK als verloren oder gestohlen angeben, ohne dies unverzüglich nach § 13 gemeldet zu haben.
 2. Für Personen, für die bereits von einem anderen in- oder ausländischen Sozialversicherungsträger eine EKVK ausgestellt, aber dazu der Kasse mitgeteilt wurde (z. B. § 321 ASVG, § 183 GSVG, § 171 BSVG und § 119 B-KUVG, Art. 84 Abs. 2 Wanderarbeitnehmerverordnung oder Art. 76 Abs. 2 der Koordinierungsverordnung), dass diese EKVK unberechtigt verwendet wurde, unabhängig davon, ob diese andere EKVK als verloren gemeldet wurde, ob bereits ein Schaden festgestellt oder Verfolgungsmaßnahmen eingeleitet wurden. Das Ausstellungsverbot für diesen Fall endet mit dem Ablauf der Garantiefrist der früher ausgestellten Karte.

Verlust, Sperre und Neuausstellung der e-card und der EKVK nach einer Verlustmeldung

§ 13. (1) Vom Verlust einer e-card oder EKVK ist die ausstellende Kasse unverzüglich zu benachrichtigen. Ansprechstellen der Kasse sind die im § 2 Abs. 5 genannten Stellen oder das Fundbehörden Service www.fundamt.gv.at. Die Meldung hat die Karte möglichst genau zu bezeichnen (Name, Versicherungsnummer etc.) sowie zumindest die vermutete Zeit und Ort des Verlustes zu umfassen. Hinsichtlich der Meldepflichten eines Signators/einer Signatorin nach dem Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (§ 5 SVG) ist die Kasse Empfangsstelle für Meldungen betreffend Zertifikate,

- a) die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt wurden oder
- b) die aufgrund eines Vertrages mit dem Hauptverband über die Ausstellung von Zertifikaten im Rahmen des elektronischen Verwaltungssystems (§§ 31a ff. ASVG) von einem anderen Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt wurden, wenn dies im Einvernehmen mit dem Hauptverband so vorgesehen ist.

Die Verlustmeldung an die Kasse umfasst das Verlangen nach Widerruf oder Sperre eines solchen Zertifikates auf Grund der signaturrechtlichen Bestimmungen.

(2) Die Verlustmeldung für eine e-card umfasst auch die Verlustmeldung für die auf deren Rückseite enthaltene EKVK. Für gesondert ausgestellte EKVKs sind gesonderte Verlustmeldungen notwendig.

(3) Die Verständigung nach Abs. 1 bewirkt die Sperre der e-card und der EKVK für die weitere Verwendung im Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung und erfüllt allfällige Verpflichtungen des Benützers/der Benützerin hinsichtlich des Widerrufs oder der Sperre der in Abs. 1 genannten Zertifikate. Für die Sperre anderer Funktionen (§ 2 Abs. 5) und Zertifikate ist der Benutzer/die Benützerin selbst und auf eigenes Risiko verantwortlich. Die Kasse ist weder berechtigt noch verpflichtet, Verlustmeldungen über solche Funktionen oder Zertifikate an andere Stellen weiterzuleiten.

(4) Die Sperre für den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung gilt auf Dauer ab dem Tag der Meldung. Die Neuausstellung ist für drei Fälle in fünf Jahren kostenlos, für weitere Fälle sind der Kasse die Kosten pro Kartenneuausstellung vor der Übergabe der Karte mit einem Pauschalbetrag in Höhe des Service-Entgelts nach § 31c Abs. 2 ASVG zu ersetzen.

(5) Aufwendungen, die einer Kasse dadurch entstehen, dass der Verlust einer e-card oder einer EKVK nicht unverzüglich gemeldet wird, wie z. B. Honoraraufwendungen, sind nach den Regeln über zu Unrecht bezogene Leistungen, darüber hinausgehende Schäden nach den zivilrechtlichen Schadenersatzbestimmungen zu ersetzen.

(6) Die Merkmale gesperrter EKVKs werden in Sperrregistern im Internet kostenlos zugänglich gemacht.

Änderung der Angaben auf der e-card und der EKVK

§ 14. (1) Diese Bestimmung gilt nur für Änderungen von Namen, akad. Graden, auf der Karte sonst eingetragenen Titeln und für allfällige behördliche Änderungen im Geburtsdatum.

(2) Namensänderungen, die sich aus personenstandsrechtlich bedeutsamen Vorgängen (wie Eheschließung, Namenswechsel, Scheidung) ergeben und die von einer österreichischen Personenstandsbehörde (Standesamt usw.) in die Personenstandsbücher eingetragen wurden, müssen nicht gemeldet werden, es sei denn, die Kasse verlangt Auskünfte darüber. Änderungen technischer Daten (insbesondere solcher, die technische Eigenschaften eines funktionsfähigen Chips betreffen) sind vom Benutzer/von der Benutzerin nicht zu melden. Ebenso nicht zu melden sind Änderungen, welche jene Angaben betreffen, die von dem Benutzer/der Benutzerin zusätzlich auf einer e-card gespeichert werden (§ 2 Abs. 5). Die Kasse ist weder berechtigt noch verpflichtet, Änderungswünsche an Stellen außerhalb der Sozialversicherung weiterzugeben.

(3) Andere Namenswechsel (z. B. in Folge von Eheschließung und Namenswechsel im Ausland) oder behördliche Änderungen beim Geburtsdatum sind der ausstellenden Kasse oder der Kasse, bei der eine Krankenversicherung besteht, innerhalb eines Monats zu melden. Diese Kasse hat die Meldung entweder selbst für die Neuausstellung einer Karte zu berücksichtigen oder (z. B. bei Zuständigkeit mehrerer Versicherungsträger) an die kartenausstellende Kasse weiterzuleiten (§ 321 ASVG, § 183 GSVG, § 171 BSVG und § 119 B-KUVG). Falls keine Krankenversicherung besteht, ist die Meldung an die Gebietskrankenkasse jenes Bundeslandes zu richten, in welchem sich der Benutzer/die Benutzerin aufhält. So lange diese Meldung nicht erfolgt ist, darf jede Kasse davon ausgehen, dass unter den geänderten Daten keine Ansprüche an sie gerichtet, keine Leistungen mit ihr verrechnet werden und Forderungen, die von ihr unter den früheren Daten an den Benutzer/die Benutzerin gerichtet werden, nicht unter Hinweis auf die erfolgte Änderung bestritten werden.

(4) Änderungen bei akademischen Graden oder sonst auf der Karte eingetragenen Titeln dürfen der Kasse gemeldet werden, eine Verpflichtung hiezu besteht nicht. Auf Wunsch des Benützers/der Benützerin sind die Schreibweise von Titeln und Buchstaben (Sonderzeichen, diakritische Zeichen) im Rahmen der Möglichkeiten des für die e-card und die EKVK jeweils verwendeten Zeichensatzes richtig zu stellen. Dabei hat bei Bedarf der Benutzer/die Benutzerin das Sonderzeichen in der jeweiligen Codetabelle zu bezeichnen oder Personenstandsdokumente vorzulegen, aus denen sich die richtige Schreibweise ergibt.

(5) Nach Änderungen wird ohne unnötigen Aufschub von der Kasse eine neue Karte ausgestellt und dem/der Versicherten oder Anspruchsberechtigten per Post übermittelt.

Verzicht und Kartenrückgabe von e-card oder EKVK

§ 15. (1) Auf die Ausstellung einer e-card oder einer auf deren Rückseite angebrachten EKVK kann im Vorhinein nicht verzichtet werden.

(2) Vor der Neuausstellung einer e-card innerhalb von fünf Jahren nach einer Rückgabe wegen Nichtverwendung sind dann, wenn nicht aus anderen Gründen ohnedies eine neue e-card auszustellen wäre, die Ausstellungskosten pauschaliert mit der Höhe des Service-Entgelts nach § 31c Abs. 2 ASVG zu ersetzen. Die Neuausstellung einer EKVK ist nach Ablauf eines Kalenderjahres kostenlos.

Behandlung in der Ordination

§ 16. Der/Die Anspruchsberechtigte hat sich für eine Behandlung an die Ordinationszeit des Vertragsarztes/der Vertragsärztin oder der Vertrags-Gruppenpraxis zu halten. Eine Inanspruchnahme des Vertragsarztes/der Vertragsärztin oder der Vertrags-Gruppenpraxis außerhalb der Ordinationszeit, insbesondere während der Nacht, ist nur in dringenden Fällen (z. B. Erste-Hilfe-Leistung) zulässig. Die Inanspruchnahme eines/einer zum Sonn- und Feiertagsdienst bzw. Wochenenddienst eingeteilten Arztes/Ärztin oder einer eingeteilten Gruppenpraxis ist gleichfalls nur in dringenden Fällen zulässig.

Ärztliche Krankenbesuche

§ 17. (1) Zu einem Krankenbesuch darf ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin, der/die einer Vertrags-Gruppenpraxis angehört, nur gerufen werden, wenn der/die Anspruchsberechtigte wegen seines/ihres Krankheitszustandes außerstande ist, den Arzt/die Ärztin in der Ordination aufzusuchen.

(2) Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche rechtzeitig beim Vertragsarzt/bei der Vertragsärztin oder der Vertrags-Gruppenpraxis anzumelden.

(3) Ein/e zum Sonn- und Feiertagsdienst bzw. Wochenenddienst eingeteilte/r Ärztin/Arzt sowie ein Arzt/eine Ärztin, der/die einer hiezu eingeteilten Vertrags-Gruppenpraxis angehört, darf nur in dringenden Fällen zu einem Krankenbesuch gerufen werden.

Auswahl des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin

§ 18. (1) Zu Krankenbesuchen ist grundsätzlich der nächsterreichbare Vertragsarzt/die nächsterreichbare Vertragsärztin für Allgemeinmedizin oder Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis zu rufen. Bei Inanspruchnahme eines/einer entfernter wohnenden Vertragsarztes/Vertragsärztin für Allgemeinmedizin oder ei-

nes/einer entfernter wohnenden Arztes/Ärztin für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis hat der/die Anspruchsberechtigte die Mehrkosten an Wegegebühren grundsätzlich selbst zu tragen.

(2) Ein Vertragsfacharzt/Eine Vertragsfachärztin oder ein Facharzt/eine Fachärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis kann nur dann zu einem Krankenbesuch gerufen werden, wenn der/die Anspruchsberechtigte

1. schon bisher von ihm/ihr behandelt wird,
2. nicht ausgefähig ist und
3. am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes/der Vertragsfachärztin oder des Facharztes/der Fachärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis - ein Umkreis von 5 km gerechnet von der Ordinationsstätte ist dem gleichzuhalten - wohnt.

Besondere Mitteilungspflichten bei Leistungsanspruchnahme

§ 19. (1) Der/Die Anspruchsberechtigte hat dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und der Kasse mitzuteilen,

1. ob er/sie sich die Krankheit oder Verletzung
 - a) durch fremdes Verschulden,
 - b) bei einem Unfall (insbesondere bei einem Verkehrsunfall),
 - c) bei einem Unfall im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit (Arbeitsunfall, Unfall auf Wegen, die mit der Arbeit verbunden waren)

zugefügt hat oder

2. ob er/sie vor dem Eintritt der Verletzungen alkoholische Getränke oder Suchtgifte konsumiert hat oder
3. ob die Krankheit oder Verletzung auf
 - a) die Folgen eines früheren Arbeitsunfalles,
 - b) eine Berufskrankheit,
 - c) eine Dienstbeschädigung nach dem
 - aa) Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957), z.B. Kriegsverletzungen,
 - bb) Heeresentschädigungsgesetz (HEG) oder Heeresversorgungsgesetz (HVG), z.B. Verletzungen im Präsenzdienst oder bei Waffenübungen,
 - cc) Strafvollzugsgesetz (StVG), z.B. beim Unfall eines/einer Strafgefangenen,
 - d) eine Gesundheitsschädigung nach dem
 - aa) Verbrechenopfergesetz,
 - bb) Impfschadengesetz oder
 - cc) Opferfürsorgegesetz, z.B. durch Lageraufenthalte,

zurückzuführen ist.

(2) Der/Die Anspruchsberechtigte hat den Erhebungsbogen der Kasse wahrheitsgemäß auszufüllen und an die Kasse zurückzuschicken.

2. Unterabschnitt

Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind

(§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG)

Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung

§ 20. (1) Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen sowie audiologische Untersuchungen können bei den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen der Kasse, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
2. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Neurologie,
3. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
4. eine/n entsprechenden Ärztin/Arzt in einer Vertrags-Gruppenpraxis,
5. eine entsprechende eigene Einrichtung der Kasse,
6. eine entsprechende Vertragseinrichtung der Kasse

auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von jemandem durchgeführt, der zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Kasse hat, erstattet die Kasse dem/der Anspruchsberechtigten Kosten nach den §§ 37 ff., sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

Physiotherapie

§ 21. (1) Physiotherapeutische Behandlungen können bei den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen (eigenen Einrichtungen) der Kasse, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder
2. eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung)

auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von einer Person durchgeführt, die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Kasse hat, erstattet die Kasse dem Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten Kosten nach den §§ 37 ff., sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

Ergotherapie

§ 22. (1) Ergotherapeutische Behandlungen können bei den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen (eigenen Einrichtungen) der Kasse, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder
2. eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung)

auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von einer Person durchgeführt, die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Kasse hat, erstattet die Kasse dem Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten Kosten nach den §§ 37 ff., sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

Psychotherapie durch Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen

§ 23. (1) Die Kasse leistet unter folgenden Voraussetzungen einen Zuschuss für die psychotherapeutische Behandlung durch eine/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten:

1. es liegt eine psychische Befindensstörung vor, die eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist;
2. der/die Psychotherapeut/Psychotherapeutin muss in die Psychotherapeutenliste eingetragen sein;
3. die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Sitzung einer psychotherapeutischen Behandlungsserie muss nachgewiesen werden;
4. die Originalhonorarnote muss folgende Angaben enthalten:
 - a) Familienname, Vorname und Versicherungsnummer des/der Versicherten; bei Behandlung eines/einer Angehörigen zusätzlich seine/ihre Personaldaten,
 - b) Diagnose (ICD-Code),
 - c) Behandlungsmethode,
 - d) Anzahl der Behandlungen (Sitzungen),
 - e) Angaben darüber, ob eine Einzel- oder Gruppenbehandlung(sitzung) erfolgte,
 - f) Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen (Sitzungen),
 - g) Zahlungsbestätigung, stattdessen kann auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) im Original übergeben werden; liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann im begründeten Einzelfall der/die Anspruchsberechtigte die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
 - h) Unterschrift und Ordinationsstempel des/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin bzw. der in Betracht kommenden Einrichtung.

(2) Der/Die Anspruchsberechtigte hat der Kasse jene Unterlagen vorzulegen, die die Kasse benötigt, um feststellen zu können, dass eine psychische Befindensstörung mit Krankheitswert vorliegt und die Kasse leistungszuständig ist. Sofern dies anderweitig nicht möglich ist, hat der/die Anspruchsberechtigte die entsprechenden Unterlagen vom/von der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin zu verlangen.

(3) Anstelle der Originalhonorarnote kann, wenn dies im § 37 Abs. 1 vorgesehen ist, sofern die Identität des/der Anspruchsberechtigten feststeht, eine Kopie der Originalhonorarnote, unabhängig davon, ob diese in Papierform vorliegt oder elektronisch erstellt wurde, oder eine im Auftrag des/der Anspruchsberechtigten von einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin direkt an die Kasse übermittelte, bereits bezahlte elektronische Rechnung (Datensatz) nach den dafür im § 37 Abs. 1 festgelegten Regeln übergeben oder auf elektronischem Weg übermittelt werden.

Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin

§ 24. (1) Diagnostische psychologische Leistungen können bei den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen der Kasse, die zu solchen Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch eine/n:

1. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Neurologie (und Psychiatrie),
2. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Psychiatrie (und Neurologie),
3. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für innere Medizin,
4. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
5. entsprechende/n Ärztin/Arzt in einer Vertrags-Gruppenpraxis,

6. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten,
auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden. Die Verordnung (Zuweisung) durch eine/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten bedarf der Genehmigung der Kasse.

(2) Wird die Diagnostik von jemandem durchgeführt, der hierfür zwar berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Kasse hat, erstattet die Kasse dem/der Anspruchsberechtigten Kosten nach den §§ 37 ff., sofern eine Verordnung (Zuweisung) nach Abs. 1 vorliegt.

3. Unterabschnitt

Regelungen für die Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht

Verpflichtungen des/der Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht

§ 25. (1) Wurde die Überweisung oder Zuweisung für eine Leistung nach Anhang 5 nicht elektronisch erstellt, hat der/die Versicherte, falls er/sie die Leistung bei einem Vertragspartner bzw. einer Vertragspartnerin oder einem/einer berechtigten Partner/Partnerin ohne Kassenvertrag mit anschließender Kostenerstattung in Anspruch nehmen will, innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Überweisung oder Zuweisung dafür zu sorgen, dass diese elektronisch nacherfasst werden kann. Die Nacherfassung kann auf folgende Arten durch den Versicherten bzw. die Versicherte veranlasst werden:

1. Übermittlung der Überweisung oder Zuweisung in Papierform an einen Krankenversicherungsträger zum Zweck der Nacherfassung, oder
2. Übermittlung der Überweisung oder Zuweisung über das dafür durch die Kasse vorgesehene Online-Service an die Kasse, oder
3. Übermittlung der Überweisung oder Zuweisung an einen leistungserbringenden Vertragspartner bzw. eine leistungserbringende Vertragspartnerin seiner/ihrer Wahl zum Zweck der elektronischen Nacherfassung im eKOS.

Ist die Überweisung oder Zuweisung trotz Erfüllung der vorgenannten Verpflichtung des/der Versicherten im eKOS nicht erfasst worden, so hat die Kasse die dafür notwendigen Maßnahmen zu setzen.

(2) Für jene Zeiträume, in denen das eKOS noch nicht im Vollbetrieb ist, ist Abs. 1 nicht anzuwenden. Der Vollbetrieb vom eKOS liegt mit dem Inkrafttreten von Übereinkommen

1. zur verpflichtenden Nutzung vom eKOS mit den Interessenvertretungen jener Vertragspartner/Vertragspartnerinnen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung als Verordner/Verordnerinnen oder Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen tätig sind, und
2. über die Durchführung der Nacherfassung von papierschriftlichen Überweisungen oder Zuweisungen, die durch berechtigte Partner/Partnerinnen ohne Kassenvertrag ausgestellt wurden, mit Interessenvertretungen von Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung tätig sind, und
3. über die Durchführung der Nacherfassung von papierschriftlichen Überweisungen oder Zuweisungen, die durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen ausgestellt wurden, mit Interessenvertretungen von Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung tätig sind,

vor.

2. Abschnitt

Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

(§§ 153 und 153a ASVG)

Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen

§ 26. (1) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden erbracht:

1. durch Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen),
2. durch zahnärztliche Vertrags-Gruppenpraxen,
3. durch Zahnärzte/Zahnärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen,
4. in eigenen Einrichtungen der Kasse (Zahnambulatorien),
5. in Vertragseinrichtungen,
6. durch Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte und Wahleinrichtungen,

7. durch zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
8. durch Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen.

Wahlzahnarzt/Wahlzahnärztin ist jede/r freiberuflich tätige Zahnärztin/Zahnarzt, die/der mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat. Wahl-Gruppenpraxis ist jede Gruppenpraxis, die mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung nach Abs. 2 abgeschlossen hat. Wahleinrichtung ist eine behördlich bewilligte Einrichtung, die mit der Kasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat.

(2) Der/Die Anspruchsberechtigte hat Anspruch auf Zahnbehandlung und Zahnersatz durch einen Vertragszahnarzt/eine Vertragszahnärztin, eine zahnärztliche Vertrags-Gruppenpraxis, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder durch eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) durch direkte Verrechnung der erbrachten Leistung zwischen Vertragspartner/Vertragspartnerin und Kasse, wenn er/sie

1. die e-card oder
2. den Überweisungs-, Behandlungs-, Zuweisungsschein oder sonstigen Beleg, welcher die Wirkung eines dieser Scheine hat, gemeinsam mit der e-card

vorlegt. Dabei gelten § 1 Abs. 4 sowie die §§ 2 bis 19 sinngemäß.

(3) Der/Die Anspruchsberechtigte muss sich nach einer entsprechenden Aufforderung der Kasse einer Vor- oder Nachbegutachtung durch einen von der Kasse beauftragten Arzt/eine von der Kasse beauftragte Ärztin unterziehen.

(4) Vor Beginn der Behandlung muss der/die Anspruchsberechtigte eine Genehmigung der Kasse einholen, wenn

1. kieferorthopädische Behandlungen (Kieferregulierungen) oder
2. der unentbehrliche Zahnersatz

auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden sollen. Dies gilt auch für Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie für Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung nach den Bestimmungen der Satzung. Diese Genehmigung wird ungültig, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten verwendet wird. Die Kasse kann, wenn besondere Gründe vorhanden sind, auf die vorherige Genehmigung verzichten.

(5) Wenn der/die Anspruchsberechtigte vor der Anfertigung des unentbehrlichen Zahnersatzes eine Mundsanierung oder die sonstigen notwendigen Maßnahmen verweigert, übernimmt die Kasse keine Kosten für den unentbehrlichen Zahnersatz.

(6) Wird die Behandlung von einem Wahlzahnarzt/einer Wahlzahnärztin, von einer zahnärztlichen Wahl-Gruppenpraxis, einem Zahnarzt/einer Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung durchgeführt, erstattet die Kasse die Kosten nach § 40.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)

§ 27. (1) Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung (§ 34 Abs. 4 der Satzung) werden durch folgende Behandlungsstellen erbracht:

1. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen),
2. Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädinnen,
3. zahnärztliche Vertrags-Gruppenpraxen,
4. Zahnärzte/Zahnärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen,
5. eigene Einrichtungen der Kasse (Zahnambulatorien),
6. Vertragseinrichtungen (Institute),
7. Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen,
8. Wahlkieferorthopäden/Wahlkieferorthopädinnen,
9. zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
10. Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen,
11. Wahleinrichtungen (Institute).

(2) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (§ 34 Abs. 5 der Satzung) werden durch folgende Behandlungsstellen erbracht:

1. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen, die in einem Vertragsverhältnis auf Grund des „Gesamtvertrages Kieferorthopädie für Leistungen gemäß § 153a ASVG (§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 69a B-KUVG) und den Richttarif gemäß § 343c ASVG“ stehen,
2. kieferorthopädische Gruppenpraxen,
3. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Gruppenpraxen,
4. Einrichtungen (Institute),
5. eigene Einrichtungen der Kasse (Zahnambulatorien),

6. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen, die in keinem Vertragsverhältnis zur Kasse stehen,
7. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Wahl-Gruppenpraxen,
8. zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
9. Wahleinrichtungen (Institute).

(3) Der/Die Anspruchsberechtigte, für den/die Leistungen nach Abs. 1 oder 2 erbracht werden, hat durch sein/ihr Verhalten das Erreichen der Behandlungsziele zu unterstützen. Im Rahmen seiner/ihrer Mitwirkungspflicht hat der/die Anspruchsberechtigte insbesondere

1. für eine ausreichende Mundhygiene Sorge zu tragen,
2. die vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten,
3. die Therapieempfehlungen und Therapiemaßnahmen zu befolgen,
4. mit den Behandlungsgeräten sorgfältig umzugehen und diese nicht mutwillig zu zerstören bzw. zu beschädigen.

§ 26 Abs. 2 und 3 sind anzuwenden. Verletzt der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte trotz Aufklärung seine/ihre Mitwirkungspflicht, kann die Kasse den Abbruch der Behandlung verlangen, sofern der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte vorher schriftlich auf die Folgen seines/ihrer Verhaltens hingewiesen worden ist. Die mit dem Abbruch verbundenen Kosten sind von der Kasse zu tragen.

(4) Ein Wechsel der Behandlungsstelle kann während der laufenden Behandlung nach Abs. 1 oder 2 nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen,

1. wenn dem/der Anspruchsberechtigten auf Grund eines Wechsels seines/ihrer Wohnortes die weitere Konsultation der bisher in Anspruch genommenen Behandlungsstelle wegen der Entfernung nicht mehr zumutbar ist oder
2. wenn der Einzelvertrag mit der Behandlungsstelle geendet hat oder
3. wenn sonst ein vom/von der Anspruchsberechtigten nicht zu vertretender Grund vorliegt, der die Fortsetzung der Behandlung unmöglich oder unzumutbar macht.

§ 64 Abs. 1 und 2 sind anzuwenden.

(5) Als Kieferorthopäde bzw. Kieferorthopädin im Sinn des § 27 und des § 41 gelten Fachärzte und Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die die Voraussetzungen des § 34 Abs. 5 Z 5 der Satzung erfüllen.

3. Abschnitt

Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel

(§§ 136, 137, 154 ASVG)

Heilmittel

§ 28. (1) Der/Die Anspruchsberechtigte erhält die vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin, einem Arzt/einer Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) auf Kassenrezept (Suchtgiftrezept) verordneten notwendigen Heilmittel auf Rechnung der Kasse von der öffentlichen Apotheke oder vom hausapothekenführenden Vertragsarzt/von der hausapothekenführenden Vertragsärztin. Das notwendige Heilmittel bestimmt der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin. Die Bestimmungen über eine allfällige SV-ärztliche Bewilligung bleiben unberührt.

(2) Auf Rechnung der Kasse können Heilmittel auch außerhalb der festgesetzten Öffnungszeiten einer Apotheke bezogen werden. Die Kasse übernimmt die Zusatzgebühr aber nur dann, wenn dies nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen vorgesehen ist.

(3) Das Rezept wird ungültig, wenn es nicht innerhalb von einem Monat nach dem Ausstellungstag oder Tag der Bewilligung durch die Kasse eingelöst wird.

(4) Werden Heilmittel durch Wahlärzte/Wahlärztinnen, Ärzte/Ärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen, Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen oder Wahleinrichtungen verordnet, übernimmt die Kasse die Kosten nach den §§ 43 und 44.

(5) Der Patient/Die Patientin hat bei der Verwendung der Heilmittel die Anordnungen des Arztes/der Ärztin zu beachten.

(6) § 6 Abs. 11 gilt sinngemäß.

Nachweis des Jahres-Nettoeinkommens

§ 29. (1) Hat der Versicherte/die Versicherte einen Antrag nach Teil 2 oder 3 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gestellt, so hat er/sie mit diesem Antrag vollständige Angaben und geeignete Unterlagen über alle Umstände, die für die Ermittlung des Nettoeinkommens des laufenden Kalenderjahres im Sinne der Bestimmungen über die Ausgleichszulage des betreffenden Jahres maßgeblich sind, vorzulegen. Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat

alle Umstände, aus denen sich eine Änderung der im Antrag dargelegten Einkommensverhältnisse ergibt, unverzüglich schriftlich dem zuständigen Krankenversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Hat der Versicherte/die Versicherte in seinem/ihrem Antrag gemäß Teil 3 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr geltend gemacht, dass von ihm/ihr im laufenden Kalenderjahr bezahlte Rezeptgebühren für die Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze nicht berücksichtigt wurden, so hat er/sie dies dem zuständigen Krankenversicherungsträger durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

Heilbehelfe

§ 30. (1) Notwendige Heilbehelfe werden von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, den Ärzten/Ärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen oder den eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) verordnet. Der Verordnungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen, bei bewilligungsfreien Brillen nicht innerhalb von 30 Tagen, nach dem Ausstellungstag oder nach dem Tag, an dem die Kasse die Bewilligung erteilt hat, eingelöst wird.

(2) Die Einreichung zur allenfalls vertraglich vorgesehenen Bewilligung bzw. Kostenübernahmeerklärung erfolgt für Heilbehelfe aus den Gruppen der Einlagen, Bandagen und Orthesen sowie Bandagen zur Kompressionstherapie durch die Vertragsfirma, wobei sich die Abgabebeschränkungen aus den Anlagen zum abgeschlossenen Vertrag mit der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker mit Wirkung für die Landesinnungen bzw. Fachvertretungen bzw. aus einer allenfalls bestehenden Vereinbarung mit der Bundesinnung der Schuhmacher (Einlagen) ergeben. Für den Bezug von sonstigen Heilbehelfen ist eine vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen, sofern der Heilbehelf nicht im Anhang 2 angeführt ist. Bei Heilbehelfen, für die keine tarifliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des/der Vertragslieferanten/Vertragslieferantin vorzulegen.

(3) Heilbehelfe zur Ulcus- und Decubitalversorgung, Verbandmittel sowie Zubehör zur Blutzuckerbestimmung und Diabetikerbehandlung werden direkt von der Kasse zur Verfügung gestellt. Die Versorgung mit Krücken, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräten erfolgt leihweise ebenso direkt durch die Kasse.

(4) Werden Heilbehelfe von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen oder von der Kasse leihweise beigelegt, sind sie nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben.

(5) Der notwendige Heilbehelf ist zweckentsprechend zu verwenden. Bei nicht zweckentsprechender Verwendung oder bei schuldhafter Beschädigung übernimmt die Kasse weder die Kosten der Instandsetzung noch die Kosten für den neuen Heilbehelf.

(6) § 6 Abs. 11 gilt sinngemäß.

Hilfsmittel

§ 31. (1) Notwendige Hilfsmittel werden von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, den Ärzten/Ärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen oder den eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) verordnet. Der Verordnungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Ausstellungstag oder nach dem Tag, an dem die Kasse die Bewilligung erteilt hat, eingelöst wird.

(2) Die Einreichung zur allenfalls vertraglich vorgesehenen Bewilligung bzw. Kostenübernahmeerklärung erfolgt für Hilfsmittel aus den Gruppen der Prothesen, Bandagen und Orthesen durch die Vertragsfirma, wobei sich die Abgabebeschränkungen aus den Anlagen zum abgeschlossenen Vertrag mit der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker mit Wirkung für die Landesinnungen bzw. Fachvertretungen bzw. aus einer allenfalls bestehenden Vereinbarung mit der Bundesinnung der Schuhmacher (Einlagen) ergeben. Für den Bezug von sonstigen Hilfsmitteln ist eine vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen, sofern das Hilfsmittel nicht im Anhang 2 angeführt ist. Bei Hilfsmitteln, für die keine tarifliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des Vertragslieferanten/der Vertragslieferantin vorzulegen.

(3) Produkte der saugenden Inkontinenz werden als Hilfsmittel direkt von der Kasse zur Verfügung gestellt. Die Versorgung mit Krankenfahrstühlen, Krücken, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräten erfolgt leihweise ebenso direkt durch die Kasse.

(4) Werden Hilfsmittel von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen oder von der Kasse leihweise beigelegt, sind sie nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben.

(5) Das notwendige Hilfsmittel ist zweckentsprechend zu verwenden. Bei nicht zweckentsprechender Verwendung oder bei schuldhafter Beschädigung übernimmt die Kasse weder die Kosten der Instandsetzung noch die Kosten für das neue Hilfsmittel.

(6) § 6 Abs. 11 gilt sinngemäß.

Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge

§ 32. (1) Für die folgenden Heilbehelfe und Hilfsmittel wird als Mindestgebrauchsdauer festgesetzt:

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| 1. Krankenfahrstühle | 10 Jahre |
| 2. Ober- und Unterschenkelprothesen | 4 Jahre |
| 3. Ober- und Unterarmprothesen | 5 Jahre |

4. Hörapparate	5 Jahre
5. Stützapparate der oberen und unteren Extremitäten	5 Jahre
6. Stützapparate des Rumpfes	4 Jahre
7. Sehbehelfe	
a) Brillen	3 Jahre
b) Kontaktlinsen	2 Jahre
8. Orthopädische Schuhe	
a) bei erstmaliger Anschaffung, wenn zwei Paar Schuhe abwechselnd getragen werden, zusammen	2 Jahre
b) in weiterer Folge	1 Jahr
c) für Kinder bis zu 14 Jahren	½ Jahr
9. Zurichtungen an Konfektionsschuhen	½ Jahr
a) für Kinder bis zu 14 Jahren	¼ Jahr
10. Perücken	1 Jahr

(2) Vor Ablauf der im Abs. 1 festgesetzten Gebrauchsdauer wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel neu nur geleistet, wenn dies aus besonderen Gründen und ohne ein Verschulden des Leistungswerbers/der Leistungswerberin notwendig geworden ist. In diesem Fall ist jedenfalls die vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen.

(3) Sind Heilbehelfe oder Hilfsmittel auch nach Ablauf der Gebrauchsdauer noch gebrauchsfähig, wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel nicht neuerlich beigestellt.

(4) Für die Blutzuckerteststreifen wird als therapieabhängige Normalabgabemenge festgesetzt:

Blutzuckerteststreifen bei

1. Basis Bolus Therapie	¼ Jahr	650 Stück
2. Insulinpumpe	¼ Jahr	650 Stück
3. Gestationsdiabetes insulinpflichtig/nicht insulinpflichtig	¼ Jahr	550 Stück
4. schwangere Diabetikerinnen (d.h. bis zu acht Messungen pro Tag)	¼ Jahr	650 Stück
5. BOT – basisunterstützte orale Therapie (z. B. Bed-Time-Insulin; d.h. eine Messung pro Tag und ein 7-Punkt-Profil pro Woche)	¼ Jahr	200 Stück
6. alle anderen Insulintherapien (d.h. ein 3-Punkt-Profil pro Tag oder drei bis vier 7-Punkt-Profile pro Woche)	¼ Jahr	300 Stück
7. orale Antidiabetika (d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Woche)	¼ Jahr	100 Stück
8. keine medikamentöse Diabetesbehandlung (d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Monat)	½ Jahr	50 Stück + 50 Stück bei Manifestation

(5) Die Abgabemenge für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen hat sich an der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zu orientieren.

4. Abschnitt

Krankengeld

(§§ 138 ff. ASVG)

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

§ 33. (1) Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit werden für Anspruchsberechtigte, die Anspruch

1. auf Krankengeld oder
2. auf Fortzahlung des Entgelts

haben, durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, die Vertrags-Gruppenpraxis oder die Vertragseinrichtung bzw. durch eine eigene Einrichtung der Kasse gemeldet. Mit dem Einlangen dieser Meldung wird der/die Anspruchsberechtigte von der ansonsten ihm/ihr obliegenden Meldeverpflichtung befreit.

(2) Die Kasse kann die Richtigkeit von Krankmeldungen und Gesundheitsmeldungen überprüfen und aus medizinischen Gründen einen davon abweichenden Zeitpunkt des Beginnes und des Endes der Arbeitsunfähigkeit bestimmen.

(3) Wird der/die Anspruchsberechtigte von einem Wahlarzt/einer Wahlärztin oder einer Wahl-Gruppenpraxis behandelt und bescheinigt dieser bzw. diese die Arbeitsunfähigkeit, hat dies der/die Anspruchsberechtigte unverzüglich der Kasse unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung zu melden. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Beginn und Ende) obliegt dem/der von der Kasse hiezu beauftragten Arzt/Ärztin. Ist diese/r Ärztin/Arzt ein/e Vertrags-

arzt/Vertragsärztin der Kasse, bleibt der Anspruch des/der Anspruchsberechtigten auf Rückersatz für die Inanspruchnahme des Wahlarztes/der Wahlärztin unberührt.

Meldung des Arbeitsentgeltes

§ 34. (1) Für die Berechnung des Krankengeldes ist der Kasse eine Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über die Höhe und Dauer der Lohn(Gehalts)ansprüche vor und während der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen.

(2) Bezieher/innen einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) haben einen Nachweis über die zuletzt bezogene Leistung nur dann zu erbringen, wenn diese Leistung nicht schon direkt von der regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservices gemeldet wurde.

Nachweis der Anspruchsberechtigung für ein erhöhtes Krankengeld

§ 35. Eine entsprechende satzungsmäßige Leistung ist derzeit nicht vorgesehen.

Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit

§ 36. (1) Der/Die Anspruchsberechtigte, der/die einen Entgeltfortzahlungs- oder Krankengeldanspruch hat, muss sich

1. die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt/von der behandelnden Vertragsärztin oder von der Vertrags-Gruppenpraxis oder der Vertragseinrichtung auf dem von der Kasse aufgelegten Formular bestätigen lassen oder
2. bei einem Krankenhausaufenthalt eine Aufenthaltsbestätigung ausstellen lassen

und diese Bestätigung(en) der Kasse vorlegen.

(2) Für die Anweisung des Krankengeldes ist der vom behandelnden Vertragsarzt/von der behandelnden Vertragsärztin, der Vertrags-Gruppenpraxis oder von der Vertragseinrichtung bestätigte Beleg für Auszahlung oder Krankendaabschluss vorzulegen.

(3) Wird der/die Anspruchsberechtigte von einem Wahlarzt/einer Wahlärztin oder in einer Wahl-Gruppenpraxis behandelt, obliegt die Feststellung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit dem/der von der Kasse hiezu beauftragten Arzt/Ärztin.

5. Abschnitt Kostenerstattung (§ 131 ASVG)

Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten/Wahlärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen

§ 37. (1) Der/Die Anspruchsberechtigte hat dem Wahlarzt/der Wahlärztin oder der Wahl-Gruppenpraxis das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei der Kasse zu zahlen. Für die Kostenerstattung muss der/die Anspruchsberechtigte der Kasse die Originalhonorarnote oder, sofern die Identität des/der Anspruchsberechtigten feststeht, eine Kopie der Originalhonorarnote, unabhängig davon, ob diese in Papierform vorliegt oder elektronisch erstellt wurde, übergeben oder sie auf elektronischem Weg über das Online-Service „Meine SV“ übermitteln. Die Honorarnote muss folgende Angaben enthalten:

1. Vorname und Familienname des/der Anspruchsberechtigten,
2. Versicherungsnummer,
3. Wohnadresse,
4. bei Behandlung eines/einer Angehörigen außerdem die unter Z 1 bis 3 angeführten Personaldaten des/der Angehörigen,
5. die Zahlungsbestätigung; statt dessen kann auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) übergeben werden; liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann im begründeten Einzelfall der/die Anspruchsberechtigte die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
6. das Ausstellungsdatum,
7. genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen, und zwar
 - a) die Diagnose und Therapie,
 - b) die Zahl der Ordinationen, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- und Feiertagsordinationen und bei Sonn- und Feiertagsordinationen sowie Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
 - c) die Sonderleistungen,
8. das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit,
9. bei Inanspruchnahme einer Wahl-Gruppenpraxis den Namen und das Fachgebiet des/der behandelnden Arztes/Ärztin der Gruppenpraxis.

(2) Nimmt der/die Versicherte, dessen/deren Überweisung oder Zuweisung elektronisch erstellt oder im eKOS nacherfasst wurde, für eine derartige Leistung einen berechtigten Partner/eine berechnete Partnerin ohne Kassenvertrag in Anspruch, ist er/sie im Fall der Einreichung der Honorarnote zur Kostenerstattung verpflichtet, das Informationsblatt zur e-Überweisung bzw. e-Zuweisung, das er/sie bei der elektronischen Zuweisung erhalten hat, zu übermitteln oder im Antrag auf Kostenerstattung den Antragscode anzuführen.

Keine Kostenerstattung

§ 38. (1) Kosten werden – ausgenommen die Fälle des § 8 – nicht erstattet, wenn der/die Anspruchsberechtigte im selben Abrechnungszeitraum

1. einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin als Wahlarzt/Wahlärztin und eine/n Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin als Vertragsarzt/Vertragsärztin,
2. einen Facharzt/eine Fachärztin als Wahlarzt/Wahlärztin und einen Facharzt/eine Fachärztin des gleichen Fachgebietes als Vertragsarzt/Vertragsärztin,
3. zwei oder mehrere Wahlärzte/Wahlärztinnen für Allgemeinmedizin oder
4. zwei oder mehrere Wahlfachärzte/Wahlfachärztinnen des gleichen Fachgebietes,

unabhängig davon, ob diese/r einer Vertrags- oder Wahl-Gruppenpraxis angehört, in Anspruch genommen hat. Das Gleiche gilt sinngemäß bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Arztes/einer Ärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung neben einer eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung der Kasse. In den Fällen der Z 3 und 4 werden nur die Kosten für die Inanspruchnahme jenes Wahlarztes/jener Wahlärztin ersetzt, dessen/deren Honorarrechnung der/die Anspruchsberechtigte der Kasse als Erste für den entsprechenden Abrechnungszeitraum übergibt.

(2) Kosten werden nicht erstattet, wenn der/die Anspruchsberechtigte einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis (eine Vertragseinrichtung, einen anderen Vertragspartner/eine andere Vertragspartnerin) in Anspruch genommen hat.

Sonstige Vorschriften bei Kostenerstattung

§ 39. (1) Die Kasse kann die medizinische Notwendigkeit und den Umfang der erbrachten Leistungen der Krankenbehandlung durch eine/n von der Kasse bestellte/n Ärztin/Arzt prüfen lassen. Der/Die Anspruchsberechtigte hat bei einer solchen Prüfung mitzuwirken.

(2) Wenn für bestimmte Leistungen (§ 66) schon bei der Behandlung durch eine/n Vertragspartner/in der Kasse eine vorherige Genehmigung notwendig ist, werden dafür Kosten bei einer Behandlung durch eine/n Wahlbehandler/in nur dann erstattet, wenn für diese Leistung vorher die Genehmigung der Kasse eingeholt wurde.

(3) Ist ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte von einem Wahlarzt/einer Wahlärztin oder einer Wahl-Gruppenpraxis behandelt worden, so bedarf er/sie für eine nachfolgende fachärztliche Behandlung aufgrund desselben Versicherungsfalles der vorherigen Bewilligung durch die Kasse, wenn er/sie einen im § 7 Abs. 1 angeführten Facharzt/eine im § 7 Abs. 1 angeführte Fachärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder Vertrags-Einrichtung (Vertragspartner/Vertragspartnerin oder Wahlbehandler/Wahlbehandlerin) in Anspruch nimmt.

(4) Als entsprechender Vertragspartner/entsprechende Vertragspartnerin (§ 131 Abs. 1 ASVG) gilt jener/jene, der/die insbesondere der gleichen Berufsgruppe und Organisationsform wie der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin (Wahlarzt/Wahlärztin, Wahleinrichtung, Wahlbehandler/Wahlbehandlerin) zugehört und der/die zumindest die gleichen Ausbildungs- und sonstigen Qualifikationserfordernisse (praktische Behandlungserfahrung, Ordinationsausstattung usw.) besitzt, wie sie für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen vereinbart und in Verträgen nach § 338 Abs. 1 letzter Satz ASVG veröffentlicht sind. Als entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis gilt jene, die hinsichtlich der Zusammensetzung der vertretenen Fachgebiete und der Anzahl der Ärzte/Ärztinnen pro Fachgebiet gleich ist. Bei der Ermittlung der Kostenerstattung sind die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z.B. Ausbildungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z.B. Limitierungen) Hinsicht entsprechend anzuwenden. Der Versicherte/Die Versicherte hat der Kasse alle Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu geben, die notwendig sind, um die Einhaltung dieser Bestimmungen (einschließlich aller Leistungsbestandteile, wie Anpassung und Wartung) beurteilen zu können.

Kostenerstattung für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen und Wahleinrichtungen

§ 40. (1) Für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, eine zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn die Honorarnote (Rechnung) nach der Behandlung der Kasse übergeben wird. § 26 Abs. 4 gilt sinngemäß.

(2) Die Honorarrechnung des Wahlzahnarztes/der Wahlzahnärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, der zahnärztlichen Wahl-Gruppenpraxis oder der Wahleinrichtung muss alle Angaben nach § 37 Abs. 1, insbesondere auch genaue Angaben über die erbrachten Leistungen (Art der Leistung, Zahnspiegel usw.) enthalten.

(3) Kosten für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, eine zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung werden nicht erstattet, wenn der/die Anspruchsberechtigte eine vollständige Nachbegutachtung durch die Kasse verweigert. Die Kasse ist berechtigt, die medizinische Notwendigkeit, das Ausmaß und die Qualität der vom Wahlzahnarzt/von der Wahlzahnärztin, dem Zahnarzt/der Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, der zahnärztlichen Wahl-Gruppenpraxis oder von der Wahleinrichtung durchgeführten Zahnbehandlung durch einen von der Kasse bestimmten Arzt/eine von der Kasse bestimmte Ärztin überprüfen zu lassen.

(4) § 39 Abs. 4 gilt sinngemäß.

Kostenerstattung bei Erbringung von Leistungen nach § 153a Abs. 4 ASVG

§ 41. (1) Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung durch Behandler/Behandlerinnen gemäß § 27 Abs. 1 Z 7 bis 11 werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn die Behandlung auf Grund einer plausiblen Erfolgsannahme von der Kasse genehmigt wurde, und nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote (Rechnung) der Kasse übergeben wird. § 37 ist anzuwenden.

(2) Für die kieferorthopädische Hauptbehandlung durch Behandler/Behandlerinnen gemäß § 27 Abs. 2 Z 6 bis 9 werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn

1. die Behandlung durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen erfolgt, die in keinem Vertragsverhältnis zur Kasse stehen und die für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen vorgesehenen Ausbildungs- und Erfahrungs voraussetzungen (§ 34 Abs. 5 Z 5 der Satzung) erfüllen und
2. dies der Kasse nachgewiesen wurde und
3. nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote (Rechnung) der Kasse übergeben wird (§ 37 ist anzuwenden) und
4. entweder
 - a) die Behandlung von der Kasse auf Grund einer plausiblen Erfolgsannahme unter Vorlage des Behandlungsplanes samt IOTN-Feststellung genehmigt wurde oder
 - b) ohne Vorliegen einer Bewilligung durch die Behandlung der Erfolg gemäß § 34 Abs. 7 Z 1 und 2 der Satzung eingetreten ist und
5. die weiteren Voraussetzungen des § 153a Abs. 4 ASVG vorliegen.

(3) Der/Die Versicherte hat den von der Kasse aufgelegten Vordruck für die Kostenerstattung auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen gemäß Abs. 2 Z 4 vorzulegen. Die Kosten der Behandlung nach Abs. 1 und 2 sind in der Höhe von 80 % der vertraglich festgelegten Tarife zum Zeitpunkt des Behandlungsendes zu erstatten. Der Betrag der Kostenerstattung darf das Honorar, das dem Wahlbehandler/der Wahlbehandlerin entrichtet wurde, nicht übersteigen.

(4) Kosten für eine Behandlung nach Abs. 1 und 2 werden erst nach Abschluss der Behandlung erstattet. Die Kasse erbringt für Leistungen nach Abs. 2 maximal folgende Teilbeträge des Erstattungsbetrages nach Abs. 3 vor Abschluss der Behandlung, wenn eine Vorabgenehmigung nach Abs. 2 Z 4 lit. a) vorliegt und der/die Anspruchsberechtigte eine saldierte Honorarnote (Rechnung) über die erbrachten Leistungen vorgelegt hat:

1. 45 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn fällt;
2. 25 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist;
3. 30 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende fällt.

(5) Der/Die Versicherte ist verpflichtet, sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung zu unterziehen bzw. die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch den Behandler/die Behandlerin zu veranlassen. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der/die Anspruchsberechtigte für eine kieferorthopädische Behandlung einen Vertragszahnarzt/eine Vertragszahnärztin (eine Vertragseinrichtung) oder einen Vertragskieferorthopäden/eine Vertragskieferorthopädin in Anspruch genommen hat. Eine Kostenerstattung wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung

(§ 153a Abs. 6 ASVG)

§ 42. (1) Für Behandlungen bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach § 39 iVm Anhang 6a der Satzung.

(2) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

Heilmittelverordnung durch Wahlärzte/Wahlärztinnen, Ärzte/Ärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen

§ 43. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenerstattung für Privatrezepte

§ 44. Hat der/die Anspruchsberechtigte das Privatrezept nicht gemäß § 43 einem Kassenrezept gleichstellen lassen, erstattet die Kasse dem/der Anspruchsberechtigten die Kosten des bezahlten Heilmittels, wenn

1. die Verordnung nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zulässig ist und
2. die Honorarnote (Rezept) der Kasse übergeben wird.

Kostenerstattung für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind

§ 45. (1) Wird für die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Behandlungen nicht ein Vertragspartner/eine Vertragspartnerin (eine eigene Einrichtung) der Kasse in Anspruch genommen, erstattet die Kasse die Kosten, wenn der/die Anspruchsberechtigte das Privathonorar gezahlt hat und er/sie die Originalhonorarnote (Rechnung) nach der Behandlung der Kasse übergibt. Anstelle der Originalhonorarnote kann, wenn dies im § 37 Abs. 1 vorgesehen ist, sofern die Identität des/der Anspruchsberechtigten feststeht, eine Kopie der Originalhonorarnote, unabhängig davon, ob diese in Papierform vorliegt oder elektronisch erstellt wurde oder eine im Auftrag des/der Anspruchsberechtigten von einem Leistungserbringer/einer Leistungserbringerin ohne Kassenvertrag direkt an die Kasse übermittelte, bereits bezahlte elektronische Rechnung (Datensatz) nach den dafür im § 37 Abs. 1 festgelegten Regeln übergeben oder auf elektronischem Weg übermittelt werden.

(2) Die Honorarrechnung muss die Angaben nach § 37 Abs. 1, insbesondere genaue Angaben über die erbrachten Leistungen (Art der Leistungen, Behandlungszeitraum, Zahl der Behandlungen usw.) enthalten.

(3) §§ 38 und 39 gelten sinngemäß.

Kostenerstattung für Heilbehelfe

§ 46. (1) Wenn für die Beschaffung eines Heilbehelfes nicht ein/eine Vertragspartner/in der Kasse in Anspruch genommen wird, erstattet die Kasse die Kosten, wenn der/die Anspruchsberechtigte das Privathonorar gezahlt hat und er/sie die Honorarnote der Kasse übergibt.

(2) Wenn zum Bezug des Heilbehelfes die Bewilligung der Kasse (§ 30 Abs. 2) erforderlich ist, muss sie vorher eingeholt werden. Dabei ist für tariflich nicht geregelte Heilbehelfe ein Kostenvoranschlag des Lieferanten/der Lieferantin vorzulegen.

(3) Bei der Ermittlung der Kostenerstattung sind die vertraglich vorgesehenen Abgabebestimmungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht entsprechend anzuwenden. Die §§ 32, 37 Abs. 1 und 39 Abs. 1 und 4 gelten sinngemäß.

Kostenerstattung für Hilfsmittel

§ 47. (1) Wenn für die Beschaffung eines Hilfsmittels nicht ein Vertragspartner/eine Vertragspartnerin der Kasse in Anspruch genommen wird, so richtet sich der Zuschuss nach den Bestimmungen, die auch für die Hilfsmittelbeschaffung bei einem Vertragspartner/einer Vertragspartnerin gelten.

(2) Wenn zum Bezug des Hilfsmittels die Bewilligung der Kasse (§ 31 Abs. 2) erforderlich ist, muss sie vorher eingeholt werden. Dabei ist für tariflich nicht geregelte Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag des Lieferanten/der Lieferantin vorzulegen.

(3) Bei der Ermittlung der Kostenerstattung sind die vertraglich vorgesehenen Abgabebestimmungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht entsprechend anzuwenden. Die §§ 32, § 37 Abs. 1 und 39 Abs. 1 und 4 gelten sinngemäß.

Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 48. Auf Grund des Bestehens von Verträgen ist keine Regelung vorgesehen.

6. Abschnitt

Anstaltspflege

(§§ 144 ff. ASVG)

Nächstgelegene geeignete Krankenanstalt

§ 49. Für die Anstaltspflege als Sachleistung stehen alle Krankenanstalten, mit denen die Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat, zur Verfügung. Wer auf eigenes Verlangen nicht in die nächstgelegene geeignete, sondern in eine weiter entfernte geeignete Krankenanstalt aufgenommen wird, hat für den dadurch entstehenden Mehraufwand (höhere Pflegegebühren, Transportkosten etc.) selbst aufzukommen. Vor Antritt einer derartigen Anstaltspflege hat der/die Anspruchsberechtigte die Kasse zu unterrichten.

Kostenübernahmeerklärung

§ 50. (1) Bei Inanspruchnahme von Anstaltspflege ist in der Regel ein vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin oder der behandelnden Gruppenpraxis ausgestellt Antrag auf Anstaltspflege vor der Aufnahme der Kran-

kenhausverwaltung zu übergeben. Bei Anträgen auf Anstaltspflege wegen kosmetischer (plastischer) Operationen, Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisation, Geschlechtsumwandlung, Alkohol- und anderen Suchtgifteintwöhnungen sowie Feststellung von ungeklärten Krankheitszuständen muss der Antrag auf Anstaltspflege dem leitenden Arzt/der leitenden Ärztin der Kasse bzw. dessen/deren ständigem/ständiger Stellvertreter/Stellvertreterin zur Bewilligung vorgelegt werden. Dies gilt auch für die übrigen Anträge auf Anstaltspflege in nicht LKF-finanzierten und nicht PRIKRAF-finanzierten Krankenanstalten, es sei denn, dass Verträge andere Regelungen vorsehen. Ausgenommen sind Fälle, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Krankenversicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten/die Erkrankte nicht zugewartet werden konnte und wenn die Aufnahme wegen einer unmittelbar bevorstehenden Geburt erfolgt ist.

(2) § 6 Abs. 11 gilt sinngemäß.

Aufenthaltsbestätigung

§ 51 Bei der Entlassung aus der Krankenanstalt erhält der/die Anspruchsberechtigte eine Aufenthaltsbestätigung. Diese ist der Kasse unverzüglich vorzulegen. Die Verpflichtung des/der Anspruchsberechtigten entfällt, wenn die Entlassung von der Krankenanstalt der Kasse auf Grund bestehender Vereinbarungen direkt mitgeteilt wird.

Arbeitsunfähigkeit nach Anstaltspflege

§ 52. Ist der/die erkrankte Anspruchsberechtigte nach der Entlassung aus der Krankenanstalt noch nicht arbeitsfähig, hat er/sie die Arbeitsunfähigkeit durch eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine eigene Einrichtung der Kasse unverzüglich feststellen zu lassen. § 33 Abs. 3 gilt entsprechend.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege

§ 53. (1) Wenn der/die Anspruchsberechtigte in einer privaten nicht landesfondsfinanzierten bettenführenden Krankenanstalt, deren Finanzierung durch den Fonds nach § 149 Abs. 3 ASVG erfolgt, behandelt wurde, erbringt den Pflegekostenzuschuss der Fonds, wenn die Anstaltspflege notwendig war. Der/Die Anspruchsberechtigte hat die notwendigen Unterlagen (Befunde, Behandlungsnachweise u.Ä.) sowie die Honorarnote (§ 37 Abs. 1 Z 1 bis 9) der Kasse zu übergeben. Die Kasse leitet bei Zutreffen der leistungsrechtlichen Zuständigkeit und der Leistungsverpflichtung die Honorarnote und den Nachweis der Honorarzahlung mit einem diesbezüglichen Vermerk an den Fonds zur Zahlung weiter.

(2) Wenn der/die Anspruchsberechtigte in einer Krankenanstalt, deren Finanzierung nicht über Landesfonds oder durch den Fonds nach § 149 Abs. 3 ASVG erfolgt, behandelt wurde, erbringt die Kasse den Pflegekostenzuschuss, wenn die Anstaltspflege notwendig war. Der/Die Anspruchsberechtigte hat die notwendigen Unterlagen (Befunde, Behandlungsnachweise u.Ä.) sowie die Honorarnote (§ 37 Abs. 1 Z 1 bis 9) der Kasse zu übergeben.

7. Abschnitt

Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

(§ 155 ASVG)

Bewilligungspflicht

§ 54. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit werden nach einem durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin befürworteten Antrag und Begutachtung durch den SV-Arzt/die SV-Ärztin der Kasse geleistet.

Verspäteter Antritt von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 55. (1) Wenn die Kasse eine gänzliche oder teilweise Kostenübernahme für einen

1. Genesungs- oder Erholungsaufenthalt,
2. Landaufenthalt,
3. Aufenthalt in einem Kurort oder einer Kuranstalt

zugesagt hat und der/die Berechtigte den Aufenthalt nicht zur vorgesehenen Zeit antreten kann, hat er/sie dies und die Gründe dafür möglichst rasch der Kasse zu melden. Die Kasse kann ihre Zusage widerrufen, wenn die Meldung unterlassen bzw. nicht rechtzeitig erstattet wurde oder nicht hinreichend begründet ist.

(2) Der von der Kasse vorgeschriebene Zahlungsbetrag für den Aufenthalt ist vom/von der Anspruchsberechtigten vor Antritt des Aufenthaltes an die Kasse zu zahlen.

Aufenthaltsbestätigung

§ 56. Nach der Entlassung aus einer Einrichtung, in der sich der/die Berechtigte während einer Maßnahme nach § 55 Abs. 1 aufgehalten hat, ist der Kasse die Aufenthaltsbestätigung unverzüglich vorzulegen. Diese Verpflichtung entfällt, wenn die Entlassung der Kasse auf Grund bestehender Vereinbarungen direkt mitgeteilt wird. Bei Genesungs- oder Erholungsaufenthalten bzw. bei einem Landaufenthalt entscheidet die Kasse über die Arbeitsunfähigkeit; im Fall der Arbeitsunfähigkeit danach gilt § 52 entsprechend.

8. Abschnitt
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft
(§§ 157 ff. ASVG)

Wochengeld

§ 57. (1) Für die Leistung von Wochengeld ist der Kasse eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag vorzulegen.

(2) Zur Geltendmachung eines vorzeitigen Wochengeldanspruches wegen eines besonderen Beschäftigungsverbot nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes ist die Bestätigung eines/einer Arbeitsinspektionsarztes/Arbeitsinspektionsärztin, eines/einer Amtsarztes/Amtsärztin, eines/einer Facharztes/Fachärztin für Frauenheilkunde oder eines/einer Facharztes/Fachärztin für Innere Medizin nach den gesetzlichen Vorschriften vorzulegen.

(3) Bei einem Antrag auf Wochengeld hat die Anspruchsberechtigte eine Bestätigung des/der Dienstgebers/Dienstgeberin über die Höhe des in den letzten drei Kalendermonaten erzielten Nettoarbeitsverdienstes vorzulegen. Der Anspruch auf allfällige Sonderzahlungen muss aus dieser Bestätigung ersichtlich sein.

(4) Bezieherinnen einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) müssen diesen Leistungsbezug nur dann eigens nachweisen, wenn die entsprechenden Angaben nicht von der regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservices gemeldet wurden.

(5) Zur Errechnung des Anspruches auf Wochengeld nach der Geburt des Kindes ist der Kasse eine Geburtsbestätigung vorzulegen.

Kostenübernahmeerklärung

§ 58. (1) Bei Inanspruchnahme von Anstaltspflege in einer Krankenanstalt ist in der Regel ein vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin oder der behandelnden Gruppenpraxis ausgestellter Antrag auf Anstaltspflege vor der Aufnahme der Krankenhausverwaltung zu übergeben.

(2) Die Entlassung aus der Krankenanstalt ist der Kasse mit der Aufenthaltsbestätigung mitzuteilen. Diese Verpflichtung entfällt, wenn die Entlassung der Kasse auf Grund bestehender Vereinbarungen direkt mitgeteilt wird.

(3) Bei einer Entbindung in einer Krankenanstalt ohne Vertrag mit der Kasse gilt § 53 sinngemäß.

9. Abschnitt

Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes

Einhaltung der ärztlichen Anordnungen

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

(2) Jedes Verhalten, das geeignet ist, die Genesung zu beeinträchtigen, ist zu vermeiden. Die Beurteilung darüber obliegt dem SV-ärztlichen Dienst der Kasse. Insbesondere ist die Verrichtung von Erwerbsarbeiten während der Arbeitsunfähigkeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, untersagt.

Krankenbesuchsdienst

§ 60. (1) Die Kasse ist im Hinblick auf ihre gesetzliche Verpflichtung berechtigt, sich davon zu überzeugen, dass die ärztlichen Anordnungen und die Bestimmungen der Krankenordnung vom/von der Anspruchsberechtigten eingehalten werden.

(2) Jede/r Krankenbesucher/in hat sich auszuweisen.

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

Prüfung des Gesundheitszustandes

§ 61. (1) Die Kasse ist im Hinblick auf ihre gesetzliche Verpflichtung berechtigt, den Gesundheitszustand des/der Erkrankten zu prüfen. Der/Die Erkrankte hat eine entsprechende Einladung zu befolgen und sich auch untersuchen zu lassen.

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

10. Abschnitt

Erkrankung außerhalb des Kassenbereiches bzw. außerhalb des Bundesgebietes

Erkrankung außerhalb des Wohnortes bzw. Kassenbereiches im Inland

§ 62. Wer in Österreich außerhalb des Wohnortes bzw. örtlichen Zuständigkeitsbereiches der Kasse erkrankt, kann sich von einem Vertragsarzt/einer Vertragsärztin oder einer Vertrags-Gruppenpraxis der für den Aufenthalt zuständigen Gebietskrankenkasse behandeln lassen. Diesem Arzt/Dieser Ärztin ist die Anspruchsberechtigung mit der e-card nachzuweisen.

Europäische Krankenversicherungskarte EKVK, Zwischenstaatlicher Betreuungsschein, sonstige gemeinschaftsrechtliche oder bilaterale Anspruchsbescheinigungen

§ 63. (1) Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Staaten, in denen die Koordinierungsverordnungen anzuwenden sind, richtet sich in den durch die EKVK gedeckten Fällen nach § 6 Abs. 2 und 3, sonst nach den für den jeweiligen Leistungsfall anzuwendenden Bestimmungen (z. B. Formblatt E 112 bzw. S2 für die Einreise zum Zweck der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen). Die Bestimmungen über die freie Arztwahl oder die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung werden dadurch nicht eingeschränkt.

(2) Wer sich

1. in ein Gebiet außerhalb der in Abs. 1 genannten Staaten begibt, für das ein Abkommen über Soziale Sicherheit gilt, welches Regelungen über die aushilfsweise Gewährung von Leistungen aus der Krankenversicherung zu Lasten einer österreichischen Kasse vorsieht, oder

2. in einen Staat nach Abs. 1 begibt, aber die entsprechende Leistung nicht von der EKVK gedeckt ist,

kann, wenn es in den entsprechenden Regelungen vorgesehen ist, vor der Ausreise beim Dienstgeber/bei der Dienstgeberin bzw. bei der Kasse einen zwischenstaatlichen Betreuungsschein oder den entsprechenden Beleg nach den Wanderarbeitnehmerverordnungen oder den Koordinierungsverordnungen anfordern.

(3) In den Fällen des Abs. 2 muss für die Leistungsinanspruchnahme in einem anderen Staat das dafür vorgesehene Verfahren eingehalten werden (z. B. sofern erforderlich, hat ein Umtausch beim Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes in einen nationalen Behandlungsschein zu erfolgen); Hinweise auf das einzuhaltende Verfahren enthält in der Regel das jeweilige Formular.

11. Abschnitt

Melde- und Auskunftspflicht der Versicherten

Meldepflicht

(§ 40 ASVG)

§ 64. (1) Wer Leistungen der Kasse erhält, muss jede Änderung

1. des Wohnsitzes,
2. des Familienstandes,
3. der Anspruchsberechtigung für Angehörige

längstens binnen zwei Wochen der Kasse melden.

(2) Diese Meldepflicht ist

1. vom/von der Versicherten oder
2. vom/von der Leistungsbezieher/in

zu erfüllen.

(3) Das Ende einer Arbeitsunfähigkeit ist der Kasse sofort zu melden. Diese Verpflichtung entfällt, wenn das Ende der Arbeitsunfähigkeit der Kasse direkt vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin mitgeteilt wird.

(4) Wer während einer Arbeitsunfähigkeit bzw. des Anspruchs auf Rehabilitationsgeld seinen Aufenthalt innerhalb des Kassenbereiches ändern will, hat dies vorher der Kasse zu melden.

(5) Wer während einer Arbeitsunfähigkeit bzw. während des Anspruchs auf Rehabilitationsgeld den Kassenbereich verlassen will, hat vorher die Zustimmung der Kasse einzuholen. Diese ist zu erteilen, wenn

1. es von der behandelnden Stelle befürwortet wird,
2. es sich nicht negativ auf den Heilungsverlauf bzw. die Einhaltung der im Rahmen des Case Managements nach § 143b ASVG vereinbarten Maßnahmen (Versorgungsplan) auswirken kann und
3. am neuen Aufenthaltsort die notwendige medizinische Betreuung für die Fortführung der laufenden Behandlung bzw. die Umsetzung der im Versorgungsplan vereinbarten Maßnahmen gewährleistet ist.

Die Zustimmung ist höchstens für die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. für jenen Zeitraum zu erteilen, der die Einhaltung der im Versorgungsplan vorgesehenen Maßnahmen durch die Versicherte/den Versicherten nicht gefährdet.

(6) Versicherte, denen der Bezug von Wiedereingliederungsgeld bewilligt wurde, müssen

1. den Nichtantritt der Wiedereingliederungsteilzeit sowie einen Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit zu einem von der Wiedereingliederungsvereinbarung abweichenden Zeitpunkt,
2. jede Änderung der wöchentlichen Normalarbeitszeit, die von der Regelung in der Wiedereingliederungsvereinbarung abweicht

der Kasse unverzüglich melden.

Auskunftspflicht

(§ 43 ASVG)

§ 65. (1) Anspruchsberechtigte und Leistungsempfänger/innen sind verpflichtet, der Kasse über alle Umstände, die

1. für das Versicherungsverhältnis,
2. für Leistungen der Kasse,
3. für Rückforderungsansprüche der Kasse

von Bedeutung sind, wahrheitsgemäß Auskunft zu geben und bei einer allfälligen Überprüfung mitzuwirken.

(2) Diese Verpflichtung besteht auch gegenüber jenen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Kasse, die sich (z.B. bei Krankenbesuchen) gehörig ausweisen können.

12. Abschnitt

Verpflichtung zur Einholung einer SV-ärztlichen Bewilligung und Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland

Vorherige SV-ärztliche Bewilligung

§ 66. (1) Bei den im Anhang 1 angeführten Leistungen muss vor deren Anwendung die SV-ärztliche Bewilligung eingeholt werden. Der/Die Versicherte hat der Kasse dafür alle für die Beurteilung der Bewilligung erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

(2) Für ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist vor deren Anwendung die SV-ärztliche Bewilligung nach der Empfehlung durch das für die zuweisende Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard einzuholen. Der/Die Versicherte hat der Kasse dafür alle für die Beurteilung der Bewilligung erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

(3) Für psychotherapeutische Behandlungen ist vor der 11. Sitzung für die weitere Behandlung die SV-ärztliche Bewilligung einzuholen. § 23 Abs. 2 gilt sinngemäß.

(4) Die Verordnung ist bei Beginn der physiotherapeutischen Behandlung vom/von der Vertragspartner/Vertragspartnerin oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen. Für physiotherapeutische Behandlungen ist vor der 21. Anwendung, jedenfalls vor der 7. Sitzung, für die weitere Behandlung die SV-ärztliche Bewilligung einzuholen. Für physiotherapeutische Behandlungen in Form von Hausbesuchen ist die SV-ärztliche Bewilligung vor der 1. Behandlung einzuholen.

(5) Die Verordnung ist bei Beginn der logopädischen Behandlung vom/von der Vertragspartner/Vertragspartnerin oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen. Für logopädische Behandlungen ist vor der 2. Sitzung für die weitere Behandlung die SV-ärztliche Bewilligung einzuholen.

(6) Die Verordnung ist bei Beginn der ergotherapeutischen Behandlung vom/von der Vertragspartner/Vertragspartnerin oder Versicherten (Angehörigen) der Kasse vorzulegen. Für ergotherapeutische Behandlungen ist vor der 2. Behandlungseinheit für die weitere Behandlung die SV-ärztliche Bewilligung einzuholen.

Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland

§ 67. (1) Für folgende Behandlungen und Untersuchungen im Ausland besteht Anspruch auf besondere Kostenerstattung im Ausmaß des § 7b Abs. 6 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes, wenn der/die Versicherte eine vorherige Genehmigung der Kasse eingeholt hat:

1. stationäre Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 1 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes,

2. ambulante Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 2 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes, die den Einsatz hoch spezialisierter und kostenintensiver medizinischer Infrastruktur oder medizinischer Ausrüstung erfordern, dies sind
 - a) diagnostische und therapeutische Anwendungen von Strahlen oder Teilchen wie CT, MRT/Kernspintomographie, Protonentherapie und Ionentherapie,
 - b) ambulante Behandlungen und Untersuchungen mit Großgeräten, die in Österreich unter den Großgeräteplan fallen würden,
 - c) kosmetische Behandlungen, für die eine Leistungspflicht gemäß § 133 Abs. 3 ASVG besteht,
 - d) humangenetische Untersuchungen,
 - e) operative Eingriffe, die in einem sterilen Bereich erfolgen müssen,
 3. Behandlungen, die mit einem besonderen Risiko für den Patienten/die Patientin oder die Bevölkerung verbunden sind
- oder
4. Behandlungen, die von Gesundheitsdienstleistern/Gesundheitsdienstleisterinnen erbracht werden, die im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnten, mit Ausnahme der Gesundheitsversorgung, die dem Unionsrecht über die Gewährleistung eines Mindestsicherungsniveaus und einer Mindestqualität in der ganzen Union unterliegt.

(2) Der/Die Versicherte hat der Kasse Unterlagen über die Art der Behandlung, das angestrebte Behandlungsziel, den Zeitpunkt der Behandlung, den Gesundheitsdienstleister/die Gesundheitsdienstleisterin, bei dem/der die Behandlung in Anspruch genommen werden soll, sowie Unterlagen über seinen/ihren Gesundheitszustand, die eine Beurteilung der Dringlichkeit der Behandlung zulassen, vorzulegen.

(3) Eine besondere Kostenerstattung nach Abs. 1 kann nur dann erfolgen, wenn dies vom Versicherten/von der Versicherten in Kenntnis der Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Behandlung oder Untersuchung auf Grund einer SV-ärztlichen Bewilligung nach § 66 in Verbindung mit Anhang 1 Z 2 ausdrücklich gewünscht wird.

13. Abschnitt Regelung für Härtefälle

Härtefälle

§ 68. Im Rahmen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen kann die Kasse 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 entschuld bare Verhinderung (z.B. wegen Krankheit) glaubhaft gemacht wird,
3. bei einer Fristüberschreitung belegt werden kann, dass der frühestmögliche Behandlungstermin wahrgenommen wurde,
4. die vorherige Bewilligung der Kasse in besonderen Ausnahmefällen nicht eingeholt wurde.

14. Abschnitt Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 69. (1) Diese Krankenordnung tritt mit Ausnahme der §§ 5a Abs. 5 und 6, 17 Abs. 3, 18a, 28, 31 Abs. 2, 34 Abs. 1 und 2, 35 Abs. 3, 36 Abs. 3 und 41 samt den dazugehörigen Änderungen im Inhaltsverzeichnis und der Überschrift des 3. Unterabschnittes sowie des Anhanges 5 mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 43/2016 vom 23.03.2016).

Gleichzeitig wird die bisher geltende Krankenordnung, kundgemacht im Internet Nr. 90/2007 am 30.06.2007 (Neufassung der Krankenordnung), zuletzt geändert durch die 8. Änderung der Krankenordnung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 14/2016 am 20.01.2016) aufgehoben.

(2) Die §§ 5a Abs. 5 und 6, 17 Abs. 3, 18a, 28, 31 Abs. 2, 34 Abs. 1 und 2, 35 Abs. 3, 36 Abs. 3 und 41 samt den dazugehörigen Änderungen im Inhaltsverzeichnis und der Überschrift des 3. Unterabschnittes sowie des Anhanges 5 treten rückwirkend mit 01.01.2016 in Kraft.

(3) Die aufgehobene Krankenordnung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 70. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme der §§ 4 Abs. 1, 13 Abs. 1, 19 Abs. 1 Z 3 lit. c sublit. bb) sowie des Anhanges 2 letzter Satz mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft.

(2) § 4 Abs. 1 tritt rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

(3) Die §§ 13 Abs. 1, 19 Abs. 1 Z 3 lit. c sublit. bb) sowie Anhang 2 letzter Satz treten rückwirkend mit 01.07.2016 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 71. Die Änderungen treten rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 72. (1) § 32 tritt rückwirkend mit 01.10.2017 in Kraft.

(2) § 64 Abs. 6 tritt rückwirkend mit 01.07.2017 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 73. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des § 36 Abs. 1 Z 1 rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

(2) § 36 Abs. 1 Z 1 tritt mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 56/2018 vom 20.03.2018).

Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 74. Die Änderung tritt mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 116/2018 vom 22.06.2018).

„Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 75. Die Änderungen treten rückwirkend mit 01.09.2018 in Kraft.“

„Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 75. Die Änderungen treten rückwirkend mit 01.09.2018 in Kraft.“

Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung

§ 76. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des Anhanges 5 Z 7 bis 9 mit 01.01.2019 in Kraft.

(2) Anhang 5 Z 7 bis 9 tritt mit 01.06.2019 in Kraft.

Anhang 1

Leistungen, für die eine SV-ärztliche Bewilligung erforderlich ist

Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer SV-ärztlichen Bewilligung:

1. medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche,
2. geplante Behandlungen und Untersuchungen, sofern es sich um
 - a) eine geplante Behandlung und Untersuchung in einem EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz nach den EU-Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder
 - b) eine geplante Behandlung und Untersuchung in einem EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz in den Fällen des § 67 Abs. 1 oder
 - c) eine geplante Behandlung und Untersuchung in Vertrags- bzw. Nichtvertrags-Staaten handelt,
3. Computertomographie (CT)
 - a) Virtuelle Colonoskopie, CT-Coronarangiographie inklusive Ca-Score und CT-Dental,
 - b) Zuweisung durch Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin ohne Befund eines Arztes/einer Ärztin des jeweiligen Fachgebietes,
 - c) Zuweisung durch Fachärzte/Fachärztinnen außerhalb des jeweiligen Fachgebietes,
 - d) Abklärung von mehr als 3 Körperregionen (bei Tumorstaging ab der 5. Körperregion),
4. Magnetresonanztomographie (MR)/Kernspintomographie
 - a) MR-Coronarangiographie und MR und Herzfunktion,

- b) Zuweisung durch Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin ohne Befund eines Arztes/einer Ärztin des jeweiligen Fachgebietes,
- c) Zuweisung durch Fachärzte/Fachärztinnen außerhalb des jeweiligen Fachgebietes,
- d) Abklärung von mehr als 3 Körperregionen (bei Tumorstaging ab der 5. Körperregion),
- 5. nuklearmedizinische Untersuchungen,
- 6. kosmetische Behandlung,
- 7. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung,
- 8. HELP-Therapie,
- 9. operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion,
- 10. Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen mit einem Luftfahrzeug, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, aber deren Erkrankung im NACA-Score nicht mit IV bis VI (Lebensgefahr) zu bewerten ist,
- 11. Transporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen Transport zur Dialyse und Chemo-Strahlentherapie) ab dem 5. Transport,
- 12. Heimdialyse,
- 13. Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard.

Anhang 2

Sonstige Heilbehelfe und Hilfsmittel gemäß §§ 137 und 154 ASVG für die keine Vorbewilligung der Kasse erforderlich ist

Artikel zur ableitenden Inkontinenzversorgung

Pos.Nr.	Produktgruppe
50700	Einmalkatheter ohne Gleitmittel
50710	Einmalkatheter mit Gleitmittel „ready to use“
50720	Einmalkatheter hydrophil beschichtet
50721	Einmalkatheter hydrophil beschichtet „ready to use“
50730	Dauerkatheter transurethral 100 % Silikon
50731	Dauerkatheter transurethral Latex und andere Materialien
50732	Dauerkatheter suprapubisch (Ausnahme: Pos.Nr. 50732 022 = bewilligungspflichtig)
50733	Dauerkatheter für Nephrostomieversorgungen
50740	Beinbeutel steril
50741	Beinbeutel unsteril
50742	Bettbeutel steril mit Tropfkammer
50743	Bettbeutel steril ohne Tropfkammer
50744	Bettbeutel unsteril
50745	Beinbeutel steril mit Tropfkammer, Tag- und Nachtversorgung
50750	Kondome selbsthaftend oder mit Haltevorrichtung, latexfrei
50751	Kondome selbsthaftend oder mit Haltevorrichtung, latex
50752	Kondome nicht haftend, latexfrei
50753	Kondome nicht haftend, latex
50760	Urinalset
50765	Katheterstopfen
50770	Gleitmittel
50771	Hautkleber/Klebeband für Urinal-Kondom
50772	Katheterventile steril
50774	Beingurt/Beinband

50775	Sonstige Beinbeutelhalterung	
50776	Sonstiges	
		Anale Irrigation
50780 011	Peristeen Befestigungsbänder	

Alltagshilfen

Pos.Nr.		
	Gehhilfen	
50502 001	Gehstock Holz, inkl. Kapsel	
50502 004	U-Armkrücke Leichtmetall	
50502 005	U-Armkrücke Leichtmetall für Kinder	
50502 008	Achselkrücke	
50502 009	Arthritisgehilfe, auch Leichtmetall	
	Bade- und Toilettenhilfen	
50503 016	Toilettensitzerhöhung bis 12 cm	(Ind: Hüft- oder Knie-TEP)
50503 017	Toilettensitzerhöhung 5 cm	(Ind: Hüft- oder Knie-TEP)
	Anti-Decubitus-Versorgung	
50504 005	Luftkissen alle Größen	
50504 011	Rollstuhlkissen Schaumstoff 5 cm mit Bezug	
50504 013	Wechseldruckkompressor inkl. Matratze	(Ind: Decubitus)
50504 014	Wechseldruckmatratze	(Ind: Decubitus)
	Medizinische Geräte	
50505 010	Matratze für Bettnässer-Alarmgerät (310)	

Elastische Binden bis zu 2 Stück

Kieferorthopädische Behelfe

- Mundvorhofplatte
- Mundvorhofplatte mit Zungengitter
- Platzhalter
- Positioner
- Positioner plus Set up
- Retainer (twistflex handgebogen)
- schiefe Ebene

Sehbehelfe

- Nah- und Fernbrillen aus Glas
- Bifokalbrillen aus Glas
- Kunststoffgläser mit einem Durchmesser von 50 bis 65 mm für
 - a) motorisch oder geistig behinderte Personen, alle Dioptrienstärken; die Behinderung hat auf dem Verordnungsschein oder einem Begleitschreiben ersichtlich zu sein;
 - b) Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr, alle Dioptrienstärken;
 - c) Kinder ab dem 11. Lebensjahr bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, ab +/- 5 Dioptrien;
 - d) den übrigen Personenkreis, ab +6 Dioptrien oder -7 Dioptrien im stärksten Hauptschnitt, bei torischen Gläsern ab +/- 4 Dioptrien

- Brillenglas-Austausch ab einer halben Dioptrie
 - Brillenfassung
 - Stargläser für Staroperierte und Weitsichtige ab +/- 8 Dioptrien
 - Lentikulare sphärisch und Lentikulare sphärisch-cylindrisch bis zu +6,00 cyl. Wirkung
 - Leseglas, Leselupe (Angabe der Diagnose und der Restsehleistung erforderlich)
 - Lochbrille für hochgradig Sehschwache
 - Occlusionsplättchen und Klebeocclusion zur Schielbehandlung
 - Plan-, Farb-, Mattgläser oder der Planteil von Bifokalgäsern, wenn sie für die Brille erforderlich sind
 - Prismen
 - Ptoisibügel zur Hebung eines gelähmten oder herabhängenden Oberlides
 - Schielmuschel
- Reparaturen der vorgenannten Behelfe, wenn die medizinische Notwendigkeit für einen solchen Behelf bereits einmal nachgewiesen wurde.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang II des Beschlusses Nr. S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.

2. ...

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:
 4. Vornamen:
 5. Geburtsdatum: .../.../.....
 6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:
 9. Ablaufdatum: .../.../.....

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von: .../.../.....
 b) bis .../.../.....

c) .../.../.....

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.



E R K L Ä R U N G

**einer in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz
versicherten Person bei Inanspruchnahme von Sachleistungen
während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich**



Entnehmen Sie bitte die nachfolgend erforderlichen Daten Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. der Provisorischen Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

I. PEB Gültigkeitsdauer der Bescheinigung von bis

II. 1. EKVK 2. Ausgabestaat

III. 3. Name:

4. Vorname(n):

5. Geburtsdatum: / /

6. Persönliche Kennnummer:

IV. 7. Kennnummer des Trägers:

V. 8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum: / /

VI.

Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin:	<input type="checkbox"/> Reisepass	Nummer: Ausstellungsdatum: / /
	<input type="checkbox"/> Personalausweis	
	<input type="checkbox"/> Führerschein	
Ausstellende Behörde: _____		

VII. **Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre, dass ich beabsichtige, mich bis zum / / in Österreich aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.**

_____ Datum _____ Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der Begleitperson

VOM VERTRAGSARZT/VON DER VERTRAGSÄRZTIN AUSZUFÜLLEN:

VIII. a) **Die Identität des Patienten/der Patientin wurde überprüft.**

_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin bzw. des Verwaltungsassistenten/der Verwaltungsassistentin

b) **Die auf Grund der Beschwerden des Patienten/der Patientin erbrachten Sachleistungen sind im Rahmen der angegebenen Aufenthaltsdauer medizinisch erforderlich.**

_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes/der Vertragsärztin

Patienten/Patientinnenerklärung Jänner 2012

Leistungsarten, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht

Für folgende Leistungsarten besteht eine elektronische Administrationsunterstützung durch eKOS:

1. Computertomographien (CT),
2. Magnetresonanztomographien (MR)/Kernspintomographien,
3. Nuklearmedizinische Untersuchungen,
4. Humangenetische Untersuchungen,
5. Klinisch-psychologische Diagnostik,
6. Knochendichtemessungen,
7. Röntgenuntersuchungen,
8. Röntgentherapien,
9. Sonographien.