



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

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

BESCHLUSS DES VORSTANDES VOM 19.6.1998, IN DER FASSUNG DER VORSTANDSBESCHLÜSSE
VOM 5.11.1998, 25.1.2000, 5.12.2000, 23.7.2001, 10.12.2001, 30.5.2006, 17.11.2006,
22.6.2007, 5.12.2007, 26.5.2008, 28.10.2008, 12.11.2009, 16.11.2010, 1.12.2011, 6.12.2012,
9.12.2013, 2.12.2014, 5.05.2015, 4.11.2015, 9.05.2016, 16.11.2016, 6.11.2017, 30.11.2018,
22.11.2019, 12.05.2020, 17.11.2021, 25.01.2022; 27.11.2024, 12.11.2025

INHALTSVERZEICHNIS

1. TEIL	5
Allgemeine Bestimmungen	5
1. Gegenstand der Krankenordnung	5
2. Anspruchsnachweis im Inland	6
3. Leistungen bei Auslandsaufenthalten	7
4. Bewilligungspflicht	7
5. Elektronisches Kommunikationsservice (eKOS)	8
6. Ersatzleistungen - Nachweise	8
7. Leistungen bei Todesfall	9
2. TEIL	10
Besondere Bestimmungen	10
1. Abschnitt	10
Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit	10
8. Vorsorge(Gesunden)untersuchung	10
9. Humangenetische Untersuchung	10
10. Schutzimpfungen	10
2. Abschnitt	11
Krankenbehandlung	11
11. Ärztliche Hilfe	11
12. Physiotherapie oder Heilmassage	12
13. Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung	12
14. Ergotherapie	13
15. Klinisch-psychologische Diagnostik	13
16. Psychotherapie	13
3. Abschnitt	14
Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel	14
17. Heilmittel	14
18. Rezeptgebührenbefreiung	15
19. Heilbehelfe und Hilfsmittel	16
Allgemein	16
Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge	17
Sonderregelung Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß den Satzungen der KFA.	18
4. Abschnitt	20
Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege	20
20. Anstaltspflege	20
21. Medizinische Hauskrankenpflege	20
5. Abschnitt	21
Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung und Mundhygiene für Kinder und Jugendliche	21
22. Zahnbehandlung	21
23. Zahnersatz	22
24. Kieferregulierung und Mundhygiene	22
6. Abschnitt	23
Leistungen bei Mutterschaft	23
25. Ärztlicher Beistand	23
26. Beistand durch eine Hebamme oder eine*n diplomierte Kinderkranken- und Säuglingspfleger*in.. ..	24

27. Heilmittel und Heilbehelfe	24
28. Pflege in einer Krankenanstalt	24
29. Wochengeld/Sonderwochengeld	24
7. Abschnitt	25
Erweiterte Heilfürsorge (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv) - Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge, Maßnahmen der Rehabilitation	25
30. Erweiterte Heilfürsorge (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv)	25
31. Maßnahmen der Rehabilitation	26
32. Ambulante Rehabilitation	27
8. Abschnitt	27
Transport-(Fahrt-)kosten, Krankentransport	27
33. Transport-(Fahrt-)kosten	27
34. Krankentransport	27
9. Abschnitt	28
Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes	28
35. Allgemein	28
36. Krankenbesuchsdienst	28
37. Prüfung des Gesundheitszustandes	28
 3. TEIL	 30
Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht für Mitglieder gemäß § 4 Abs. 1 lit b der Satzungen (Vertragsbedienstete)	30
38. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld	30
39. Meldung der Bemessungsgrundlage	30
40. Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt	30
41. Besondere Pflichten der/des Arbeitsunfähigen	30
42. Auszahlung von Kranken-, Rehabilitations, Sonderwochen- und Wochengeld	31
 4. TEIL	 32
e-card und Europäische Krankenversicherungskarte	32
e-Card	32
43. Wesen und Zweck der e-card	32
44. Ausstellen der e-card	32
45. E-card-Ersatzbeleg	33
Europäische Krankenversicherungskarte/EKVK (European Health Insurance Card – EHIC)	34
46. EKVK	34
47. EKVK-Ersatzbescheinigung	34
48. Umgang mit e-card und EKVK	35
49. Melde- und Auskunftspflichten	35
50. Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung	36
 5. TEIL	 37
Schluss- und Übergangsbestimmungen	37
Anhang (Kostenerstattung/Rückersätze, Kostenbeteiligungen/Parteienbeiträge und Bewilligungspflichtige Leistungen)	1
1. Kostenersätze / Rückersätze	1
2. Kostenbeteiligung/Parteienbeiträge	3
3. Bewilligungspflichtige Leistungen	3

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

1. Gegenstand der Krankenordnung

(1) Die Krankenordnung regelt das Verfahren bei Inanspruchnahme von satzungsmäßigen Leistungen sowie die Pflichten der Mitglieder und aller anspruchsberechtigten Angehörigen (§§ 3 bis 6 der Satzung) und deren/dessen Kontrolle im Leistungsfall. Sie ist für alle Anspruchsberechtigten, die Leistungen der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) in Anspruch nehmen, verbindlich. Den Mitgliedern im Sinne dieser Krankenordnung sind die anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 6 der Satzungen) in Hinblick auf die Ihnen zu gewährenden satzungsmäßigen Leistungen gleichgestellt. Die Krankenordnung und Änderungen sind im Internet auf der Website der KFA (www.kfawien.at) kundzumachen.

(2) Soweit in dieser Krankenordnung auf Vertragsbedienstete Bezug genommen wird, sind darunter sowohl die Vertragsbediensteten der Gemeinde Wien gemäß der Vertragsbedienstetenordnung 1995 – VBO 1995 als auch Bedienstete, deren vertraglichen Dienstverhältnis gemäß dem Wiener Bedienstetengesetz – W-BedG begründet worden ist, zu verstehen (§ 4 Abs. 1 lit. b der Satzungen).

(3) Die KFA ist bestrebt, ihren Mitgliedern im Rahmen der satzungsmäßigen Leistungen alle Mittel zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zur Verfügung zu stellen. Zur Erreichung dieses Zieles wurden nicht nur Verträge über die ärztliche Betreuung der Mitglieder und ihre Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen usw. abgeschlossen, sondern auch eine Reihe von eigenen Einrichtungen der KFA (Sanatorium Hera, Zahnambulatorien, Gesundheits- und Vorsorgezentrum) geschaffen, in denen die Erkrankten nach modernsten wissenschaftlichen Methoden und Grundsätzen behandelt und betreut werden. Für die Beurteilung des Ausmaßes der zu erbringenden Leistungen sind ausschließlich ärztliche Gesichtspunkte maßgeblich. Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen auf Rechnung der KFA nicht angewendet werden.

(4) Anspruch auf Leistungen der KFA besteht, wenn der Leistungsfall während der Mitgliedschaft eingetreten ist oder die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Mitgliedschaft bereits bestanden hat. In beiden Fällen werden die Leistungen nach Maßgabe des § 9 der Satzungen auch über das Ende der Mitgliedschaft hinaus gewährt, soweit es sich um ein und denselben Leistungsfall handelt.

(5) Die Höhe des Tarifsatzes ergibt sich aus dem, mit den jeweiligen Interessenvertretungen über die Abgeltung von Leistungen der KFA Vertragspartner*innen, abgeschlossenen Tarifvertrag. Gibt es keinen gültigen Tarifvertrag ist für die Höhe von Kostenersätzen durch die KFA, der zuletzt gültige Tarifvertrag maßgeblich.

(6) Die KFA behält sich vor, sich in einer ihr geeignet erscheinenden Form von der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der von ihr zu erbringenden Leistungen zu überzeugen und erbrachte Leistungen sowie die Richtigkeit und Angemessenheit erhobener Leistungsansprüche zu überprüfen. Wenn ein Mitglied der Einladung zu einer solchen Überprüfung unbegründet nicht Folge leistet, kann er*sie zum Ersatz der Kosten für bereits in Anspruch genommene Leistungen herangezogen werden bzw. werden Leistungsansprüche vor Durchführung der angeordneten Überprüfung nicht erfüllt. Auf die Prüfungsbefugnis gemäß [Punkt 6 Abs. 3](#) wird sinngemäß verwiesen.

(7) Bei der Gewährung von Zuschüssen oder Vergütungen nach den Bestimmungen der Satzungen bzw. der Krankenordnung übernimmt die KFA auch die dem Mitglied angelastete Umsatzsteuer. Die übernommene Umsatzsteuer ist auf das in den Satzungen bzw. in der Krankenordnung festgesetzte Ausmaß der Leistungen nicht anzurechnen.

(8) In begründeten Ausnahmefällen können – abweichend von den Bestimmungen der Krankenordnung – im Rahmen der laufenden Geschäfte

1. bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Umstände die Kosten von vertraglichen Leistungen bis zur tatsächlichen Höhe und von außervertraglichen Leistungen teilweise oder auch zur Gänze und
2. Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung, für die es bei der KFA (noch) keinen Vertragstarif gibt, entweder mit dem Tarif vergleichbarer Einrichtungen oder – sofern es sich um Leistungen handelt, für die noch kein Tarif ausverhandelt wurde – mit einem in Einzelfall festzusetzenden Tarif

vergütet werden. Etwaige in dieser Krankenordnung festgelegte Bewilligungspflichten sind auch diesfalls zu beachten.

(9) Für zu Unrecht erbrachte Leistungen haften die Mitglieder nach Maßgabe des § 28 der Satzungen.

2. Anspruchsnachweis im Inland

(1) Wer im Inland Vertragsleistungen nach den [Punkten 11](#) bis [15](#), [22](#) bis [27](#) und [29](#) auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen will, hat dem*der Vertragspartner*in oder der eigenen Einrichtung der KFA die e-card oder den Ersatzbeleg ([Punkt 45](#)) vorzulegen. E-card und Ersatzbeleg dürfen der behandelnden Stelle erst unmittelbar vor der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Leistung übergeben und nicht bei dem*der Leistungserbringer*in hinterlegt werden. Näheres zur e-card und zum Ersatzbeleg regelt der [4. Teil dieser Krankenordnung](#).

(2) Die Anspruchsberechtigung wird mit der e-card nachgewiesen; mittels Abfrage des Leistungsanspruches im elektronischen Verwaltungssystem ELSY. Das Mitglied hat dazu anlässlich jeder Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in, einer eigenen Einrichtung der KFA

1. die Verwendung der e-card zur Abfrage über das Bestehen einer Versicherung und Verifizierung der Angaben zur Identität und Erreichbarkeit zuzulassen bzw. die entsprechenden Verwendungen selbst einzuleiten (Ablesen der Kartendaten, Stecken der Karte ins Lesegerät) und
2. die Nutzung des e-card-Systems zur Übermittlung von Angaben über Identität und Versicherungsleistungen an andere Vertragspartner*innen und die KFA zwecks Durchführung und Abrechnung von Leistungen zuzulassen (z.B. im Rahmen des Arzneimittel-Bewilligungssystems [ABS] nach § 350 Abs. 3 ASVG oder zur Abwicklung anderer Bewilligungsverfahren, zur Übermittlung von Zuweisungen an andere Behandlungsstellen, zur Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte nach ELGA oder des elektronischen Impfpasses nach §§ 14 ff. GesundheitstelematikG 2012).

(3) Kann das Mitglied weder die e-card noch einen gültigen Ersatzbeleg vorlegen, hat er*sie seine*ihre Versicherungsnummer anzugeben, seinen*ihrn Leistungsanspruch gegen die KFA plausibel zu machen und die Richtigkeit seiner*ihrer Angaben durch eigenhändige Unterschrift zu bestätigen. Er*Sie hat damit zu rechnen, dass der*die Vertragspartner*in einen angemessenen Geldbetrag als Sicherheit fordert, der ihm*ihr bei späterer Vorlage der e-card und nach erfolgreicher Abfrage des Leistungsanspruches (Vorlage des Ersatzbeleges) rückerstattet wird.

(4) Ab dem Zeitpunkt, ab dem ein*e Karteninhaber*in gemäß § 31a Abs. 8 ASVG ein Foto beizubringen hat, kann er*sie innerhalb einer 90-tägigen Toleranzfrist für das Nachbringen eines Lichtbildes Leistungen der Krankenversicherung mit der alten e-card in Anspruch nehmen. Ist keine oder keine gültige e-card vorhanden, kann er*sie innerhalb dieser Frist Leistungen bei Vorliegen der

anspruchsrechtlichen Voraussetzungen auch ohne e-card durch Nennung der Versicherungsnummer und Nachweis der Identität durch Urkunden (z.B. amtlichen Lichtbildausweis) in Anspruch nehmen.

(5) Will das Mitglied eine Behandlung nicht auf Kosten der KFA in Anspruch nehmen, darf er*sie dem*der Vertragspartner*in die e-card (den Ersatzbeleg) nicht vorlegen. Für Behandlungen oder Untersuchungen, die nicht zu den satzungsmäßigen Leistungen der KFA als Krankenfürsorgeeinrichtung gehören, darf die e-card (der Ersatzbeleg) ebenfalls nicht verwendet werden, z. B. im Zusammenhang mit

1. Sportuntersuchungen, Befreiungen vom Turnunterricht oder Schikurs etc.,
2. Pflegefreistellungsersuchen,
3. Einstellungsuntersuchungen bei Dienstantritt,
4. Arbeitnehmer*innenschutzmaßnahmen,
5. Untersuchungen zur medizinischen Befundung einer Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder der Notwendigkeit eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Leistungsauftrages der KFA
6. Führerscheinuntersuchungen
7. Untersuchungen und Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch

3. Leistungen bei Auslandsaufenthalten

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

(2) Soweit nicht in vertraglichen Regelungen anderes festgelegt wird, finden die Bestimmungen über die Rückvergütung bei Inanspruchnahme von Wahlärzt*innen, Wahl-Gruppenpraxen, Wahleinrichtungen und dergleichen Anwendung.

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

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

1. Will eine Person, die vom persönlichen Geltungsbereich der dafür maßgeblichen Verordnungen der Europäischen Union erfasst ist, Leistungen in Anspruch nehmen, die sich während eines vorübergehenden Aufenthaltes im örtlichen Geltungsbereich dieser Verordnungen als medizinisch notwendig erweisen, legt sie dem*der Vertragspartner*in (der Einrichtung) des aushelfenden ausländischen Versicherungsträgers (Gesundheitsdienstes) die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eine Ersatzbescheinigung vor. Näheres zu diesen Nachweisen regelt der [4. Teil dieser Krankenordnung](#).
2. Ist Z 1 nicht anwendbar, hat der*die Anspruchsberechtigte dem für die Sachleistungsaushilfe zuständigen Versicherungsträger (Gesundheitsdienst) vor der Inanspruchnahme von Leistungen einen Betreuungsschein vorzulegen, der bei der KFA unter Angabe von Ort, Grund, Beginn und Ende des Auslandsaufenthaltes zu beantragen ist.

4. Bewilligungspflicht

(1) Sachleistungen, welche das Mitglied nur mit vorheriger Bewilligung der KFA in Anspruch nehmen darf sind im [Anhang, Punkt 3](#) genannt. Das Mitglied hat den Antrag auf Bewilligung innerhalb des Gültigkeitszeitraums der Verordnung (Zuweisung) einzubringen. Für derartige Leistungen, die in [Punkt](#)

[5 Abs. 1](#) genannt sind, gilt der Antrag auf Bewilligung als eingebracht, wenn die Verordnung (Zuweisung) in eKOS erfasst wurde. Wurde die Leistung bereits von einem anderen Krankenversicherungsträger bzw. einer anderen Krankenfürsorgeeinrichtung bewilligt und wechselt die Leistungszuständigkeit zur KFA, kann eine neuerliche Bewilligung durch die KFA unterbleiben, sofern die bereits erteilte Bewilligung den Regelungen der Satzungen und dieser Krankenordnung nicht widerspricht.

(2) Geplante Untersuchungen oder Behandlungen im Ausland sind vorab bewilligungspflichtig. Dem Antrag ist folgendes von der behandelnden Krankenanstalt ausgefülltes Formular beizulegen: „Antrag auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung im EU/EWR-Ausland (Artikel 20 VO(EG)883/2004)“. Der Antrag auf Bewilligung gilt als Antrag auf zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe nach [Punkt 3 Abs. 4 Z 2](#). Eine Ersatzleistung im Sinne des [Punktes 6](#) der Krankenordnung für nicht in Anhang [Punkt 3](#) genannte Sachleistungen macht die KFA jedoch nicht allein davon abhängig, ob sie vorab eine Bewilligung erteilt hat.

(3) Anspruch auf besondere Kostenerstattung für Behandlungen im Ausmaß des § 7b Abs. 6 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (SV-EG) des Mitglieds besteht nur, wenn er*sie eine vorherige Genehmigung der KFA eingeholt hat.

5. Elektronisches Kommunikationsservice (eKOS)

(1) Die KFA stellt das elektronische Kommunikationsservice eKOS zur Abwicklung von Verordnungen (Zuweisungen) von Bewilligungsverfahren nach [Punkt 4](#) durch Vertragspartner*innen für folgende Leistungen bereit:

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

(2) Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der zwischenstaatlichen Sachleistungsaushilfe ([Punkt 3](#)) werden nicht über eKOS abgewickelt.

6. Ersatzleistungen - Nachweise

(1) Beantragt das Mitglied den Ersatz von Kosten, hat er*sie der KFA sowohl die Rechnung als auch den Saldierungs-(Zahlungs-)nachweis (dies ist auch mittels Kopie, Scan oder mittels MeineSV möglich) zu übergeben; allenfalls erforderliche Behandlungsbewilligungen sind beizuschließen. Darüber hinaus hat das Mitglied schriftlich zu bestätigen, dass die Honorarnote ausschließlich bei der KFA zur Rückvergütung eingereicht wird und keine Rückvergütung/keine Kostenerstattung oder diesen gleichzuhaltenden Leistungen bei Krankenversicherungsträgern, Sozialversicherungsträgern, Krankenfürsorgeanstalten oder vergleichbaren Einrichtungen beantragt oder in Anspruch genommen wurde/n. Im Fall des Zweifels an der Echtheit der Herkunft oder der Unversehrtheit des Inhalts sowie bei mangelnder Lesbarkeit der vorgelegten Urkunden hat das Mitglied die Originale vorzulegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn aus den in den vorgelegten Urkunden gemachten Angaben deren

Echtheit nicht überprüft werden kann. Die Rechnung oder ein anderer geeigneter Nachweis muss, unbeschadet der Vorschriften des Umsatzsteuergesetzes, folgende Angaben enthalten:

1. Vor- und Familienname bzw. Nachname des*der Leistungsberechtigten,
2. Versicherungsnummer,
3. Wohnadresse des Mitgliedes,
4. Ausstellungsdatum,
5. Diagnose (in Worten oder in ICD-10-Code) und Begründung für die Leistung,
6. genaue Angaben über die erbrachten Leistungen, gegebenenfalls
7. die Therapie(methode),
8. die Zahl und allenfalls die Dauer der Ordinationen, Therapieeinheiten, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- oder Feiertagsordinationen,
9. bei Sonn- oder Feiertagsordinationen, Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
10. die Sonderleistungen,
11. das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit,
12. Namen (Firma) und Adresse des*der Leistungserbringer*in, bei Inanspruchnahme einer Wahl-Gruppenpraxis auch Namen und Fachgebiet des*der behandelnden Ärzt*in.

(2) Die KFA stellt die Originalrechnung und den Zahlungsnachweis nur auf ausdrücklichen Wunsch des Mitgliedes zurück und bewahrt diese entsprechend der Skartierungsanweisung der KFA auf. Im Fall eines Kostenersatzes wird dies auf der Originalrechnung vermerkt.

(3) Im Rahmen der Rückvergütung (Kostenerstattung) ist seitens der KFA eine Prüfung vorzunehmen, ob es sich bei der durchgeführten Behandlung (Therapie, Untersuchung, Eingriff usw.) um eine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn handelt. Ferner kann im Bedarfsfall eine Prüfung der Leistungszuständigkeit bzw. eine Prüfung, welche Leistung(en) im konkreten Fall erbracht wurde(n), durch schriftliche oder telefonische Befragung von Mitgliedern/Patient*innen erfolgen. Die KFA kann Mitglieder in diesem Zusammenhang zur Vorlage von Unterlagen (Krankengeschichten, Befunden usw.) unter Setzung einer hierfür angemessenen Frist auffordern. Bei Weigerung der Vorlage oder nicht fristgerechter Vorlage ist die KFA berechtigt, die Rückvergütung (Kostenerstattung) abzulehnen.

7. Leistungen bei Todesfall

(1) Beim Tod einer/s anspruchsberechtigten Angehörigen eines Mitgliedes oder im Falle einer Totgeburt gebührt nach Maßgabe der Bestimmungen des § 22 der Satzungen ein Bestattungskostenbeitrag. Die Höhe ist im [Anhang, Punkt 1 Z 14](#) und [Z 12 lit. j](#) festgesetzt.

(2) Der Anspruch auf den Bestattungskostenbeitrag ist unter Vorlage der Sterbeurkunde des Standesamtes geltend zu machen. Wird der Anspruch nicht von einem*einer anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 6 der Satzungen) erhoben, ist überdies die Vorlage einer auf den Namen des*der Anspruchswerber*in lautenden saldierten Rechnung erforderlich.

(3) Bei Durchführung der Bestattung durch die Bestattung Wien erfolgt die Verrechnung des Bestattungskostenbeitrages direkt mit dieser.

2. Teil

Besondere Bestimmungen

1. Abschnitt

Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit

8. Vorsorge(Gesunden)untersuchung

(1) Das Mitglied kann eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung im Sinn der nach den vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hierfür erlassenen Richtlinien (insbesondere die Richtlinie für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchung – RVU) bei

1. einem*einer Vertragsärzt*in, sowie Vertragsgruppenpraxen
2. einem*einer Ärzt*in in den eigenen Einrichtungen der KFA (Ambulatorien)
3. durchführen.

9. Humangenetische Untersuchung

Das Mitglied kann eine Humangenetische Untersuchung in einer Vertragseinrichtung als Sachleistung nach chefärztlicher Genehmigung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. [Punkt 11 Abs. 2 bis 5](#) gilt sinngemäß.

10. Schutzimpfungen

(1) Folgende Schutzimpfungen werden von der KFA vergütet:

1. gegen Tollwut (nach Bissverletzungen),
2. gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) im Verletzungsfall,
3. gegen Diphtherie oder infektiöse Gelbsucht, wenn im betreffenden Haushalt unmittelbare Infektionsgefahr besteht und
4. aktive Immunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
5. gegen Pneumokokken ab dem 50. Lebensjahr
6. Impfung gegen Influenza mit dem Influenzapandemieimpfstoff, wenn und solange die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Influenzapandemie ausgerufen hat.

(2) Die Rückvergütung der Kosten bei Schutzimpfungen gemäß Abs. 1 Z 4 wird nach der Grundimmunisierung (3 Teilimpfungen) sowie nach jeder Auffrischungsimpfung gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises ausbezahlt. Die Höhe des Rückersatzes für Impfungen gemäß Abs. 1 Z 4 und 5 ist im [Anhang, Punkt 1 Z 1 lit. a und b](#) geregelt.

(3) Schutzimpfungen gemäß dem Öffentlichen Impfprogramm Influenza (ÖIP) sind Leistungen der Krankenfürsorge. Die Vergütung erfolgt diesfalls im Rahmen der vorgesehenen Abrechnungsvereinbarungen.

2. Abschnitt

Krankenbehandlung

11. Ärztliche Hilfe

(1) Ärztliche Hilfe wird von der KFA durch

1. Vertragsärzt*innen
2. eine Vertragsgruppenpraxis
3. eine Vertragseinrichtung (z.B. selbständiges Ambulatorium, Primärversorgungseinrichtungen)
4. eine eigene Einrichtung der KFA (Sanatorium Hera bzw. Ambulatorien)

geleistet, soweit sie notwendig, ausreichend und zweckmäßig ist. Die Verrechnung der erbrachten Leistung erfolgt direkt zwischen dem*der Vertragspartner*in bzw. der (eigenen) Einrichtung und der KFA.

(2) Bei Leistungen, die in den Honorartarifen enthalten sind, dürfen keine privaten Zuzahlungen verlangt werden. Leistungen, die das Mitglied über die Vertragsleistung hinaus wünscht, sind dem Mitglied privat zu verrechnen. Eine Kostenrückerstattung wird in diesen Fällen nicht gewährt.

(3) Ausschließlich mit Zuweisung oder Überweisungsschein eines*einer Ärzt*in können Ärzt*innen der folgenden Fachgebiete in Anspruch genommen werden:

1. Fachärzt*innen, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Labordiagnostik (einschließlich Pathologie),
2. Fachärzt*innen, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Radiologie,
3. Fachärzt*innen, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Humangenetik

Der Zuweisungs- oder Überweisungsschein muss von einem*einer Ärzt*in ausgestellt werden, der*die einem anderen als den vorgenannten Fachgebieten angehört.

(4) Eine Berufung zu einer Visite auf Rechnung der KFA hat ein*e Vertragsfachärzt*in oder ein*e Ärzt*in einer Vertragsgruppenpraxis nur Folge zu leisten, wenn das Mitglied bettlägerig ist.

(5) In ein und demselben Versicherungsfall darf das Mitglied nicht mehr als eine*n Ärzt*in desselben Fachgebietes innerhalb eines Kalendermonats konsultieren, es sei denn, der*die erstbehandelnde Ärzt*in weist zu einem*einer Fachärzt*in zu oder beruft eine*n anderen Ärzt*in zum Konsilium. Ein Arztwechsel ist dem Mitglied gestattet, sofern

1. das Mitglied seinen Aufenthaltsort wechselt (z. B. wegen Urlaubes oder Übersiedlung), oder der*die bisher behandelnde Vertragsärzt*in seinen*ihren Ordinationssitz verlegt hat, so dass letztere*r nicht mehr der*die nächsterreichbare Vertragsärzt*in ist,
2. der*die behandelnde Ärzt*in durch Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen verhindert ist und nicht vertreten wird, oder
3. der Vertrag der KFA mit dem*der bisher behandelnden Ärzt*in endet.
4. Die Konsultation einer ärztlichen Gruppenpraxis bzw. einer formal gleich gestellten Primärversorgungseinrichtung und die Konsultation eines Ambulatoriums oder einer Ambulanz einer Krankenanstalt sind der Konsultation eines*einer niedergelassenen Ärzt*in gleichzuhalten.

Behandlungen im Rahmen von Erster Hilfe (einschließlich Notdienste) sind von den Einschränkungen dieses Absatzes ausgenommen.

(6) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch eine*n Vertragsärzt*in der KFA der*die keine e-card-Ausstattung hat, ist ein Ersatzbeleg (Punkt 45) vorzulegen. Erstreckt sich die Behandlung über mehr als einen Monat, so ist der/dem Vertragsärztin/Vertragsarzt jeden Monat einen neuen Ersatzbeleg zu übergeben. Wird eine ordnungsgemäß ausgefüllte und unterschriebene Ersatz-Arztthilfeanzeige nicht beigebracht, ist die/der Vertragsärztin/Vertragsarzt ausgenommen bei Erster Hilfe-Leistung – nicht verpflichtet, das Mitglied auf Rechnung der KFA zu behandeln.

(7) Bei ärztlicher Hilfe durch

1. eine*n Wahlärzt*in,
2. Wahlarztgruppenpraxen,
3. Wahleinrichtungen

erfolgt keine direkte Verrechnung der Sachleistungskosten mit der KFA. Das Mitglied hat dem*der Wahlärzt*in, der Wahlarztgruppenpraxis, der Wahleinrichtung die Sachleistungskosten vorerst selbst zu honorieren. Die Rückvergütung erfolgt in diesem Fall in der Höhe der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragsärzt*in, einer Vertragsgruppenpraxis bzw. Vertragseinrichtung erwachsenden Kosten. Eine Rückvergütung findet nicht statt, wenn es sich um eine*n in einem Dienstverhältnis zur KFA stehenden Ärzt*in handelt. Auf die Nachweispflicht ([Punkt 6](#)) wird verwiesen.

(7a) Honorarnoten, die vom*von der Ehegatt*in, Eltern, Kindern oder Enkelkindern des*der Anspruchsberechtigten ausgestellt wurden, können nicht zur Rückvergütung bei der KFA eingereicht werden. Eine Rückvergütung wird in diesen Fällen nicht gewährt.

(8) Verordnungen und Zuweisungen von Wahlärzt*innen, Wahlgruppenpraxen oder Wahleinrichtungen sind von dem*der Vertragspartner*in (Vertragseinrichtungen) ausgestellten Verordnungen bzw. Zuweisungen gleichgestellt.

(9) Sofern zur Vornahme ärztlicher Leistungen die vorherige Bewilligung der KFA erforderlich ist (siehe [Anhang, Punkt 3](#)), gilt dies auch bei der Inanspruchnahme eines*einer Wahlärzt*in bzw. einer Wahlgruppenpraxis.

12. Physiotherapie oder Heilmassage

(1) Physiotherapeutische Behandlungen können durch eine*nin [Punkt 11 Abs. 1](#) genannte*n Gesundheitsdiensteanbieter*innen, einer Krankenanstalt oder eigenen Einrichtung der KFA (Sanatorium Hera) auf Grund einer ärztlichen Verschreibung oder Zuweisung nach chefärztlicher Genehmigung durch die KFA auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von einem*einer freiberuflich tätigen Physiotherapeut*in oder Heilmasseur*innen mit Berufsausweis der*die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der KFA hat, erbracht, wird dem Mitglied jener Betrag honoriert der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in erwachsen wäre. Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn vor Behandlungsbeginn die Genehmigung durch die KFA erteilt wurde.

13. Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung

(1) Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen können durch eine*njener in [Punkt 11 Abs. 1](#) genannte*n Gesundheitsdiensteanbieter*innen oder bei einem*einer zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Vertragslogopäd*in auf Grund einer ärztlichen Verschreibung oder Zuweisung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden. Ab der 11. Sitzung ist eine chefärztliche Genehmigung der KFA erforderlich..

(2) Wird die Behandlung von einem*einer freiberuflich tätigen Logopäd*in, der*die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der KFA hat, erbracht, wird dem Mitglied jener Betrag honoriert der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in erwachsen wäre. Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn vor Behandlungsbeginn die Genehmigung durch die KFA erteilt wurde.

14. Ergotherapie

(1) Ergotherapeutische Behandlungen können durch eine*n in [Punkt 11 Abs. 1](#) genannte*n Gesundheitsdiensteanbieter*innen oder eine Krankenanstalt auf Grund einer ärztlichen Verschreibung oder Zuweisung und nach chefärztlicher Genehmigung durch die KFA auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von einem*einer freiberuflich tätigen Ergotherapeut*in, der*die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der KFA hat, erbracht, wird dem Mitglied jener Betrag honoriert der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in erwachsen wäre. Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn vor Behandlungsbeginn die Genehmigung durch die KFA erteilt wurde.

15. Klinisch-psychologische Diagnostik

(1) Klinisch-psychologische Diagnostik kann durch eine*n in [Punkt 11 Abs. 1](#) genannte*n Gesundheitsdiensteanbieter*innen oder bei einem*einer zur selbständigen Berufsausübung berechtigten klinischen Vertragspsycholog*in auf Grund einer ärztlichen Verschreibung oder Zuweisung auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Diagnostik von einem*einer freiberuflich tätigen klinischen Psycholog*in, der*die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der KFA hat, erbracht, wird dem Mitglied jener Betrag honoriert der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in erwachsen wäre. Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn vor Inanspruchnahme der Diagnostik die Genehmigung durch die KFA erteilt wurde.

16. Psychotherapie

(1) Psychotherapie kann durch eine*n in [Punkt 11 Abs. 1](#) entsprechend ausgebildeten genannte*n Gesundheitsdiensteanbieter*in oder bei einem*einer selbständig tätigen Psychotherapeut*in auf Grund einer ärztlichen Verschreibung oder Zuweisung, sowie nach allenfalls notwendiger chefärztlicher Genehmigung (siehe Anhang [Punkt 1 Z 3](#)) auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen werden, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. es liegt eine psychische Befindensstörung vor, die eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist;
2. der*die Psychotherapeut*in muss in die Psychotherapeut*innenliste 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 Mitglieds; 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 dem Mitglied die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
- h) Unterschrift und Ordinationsstempel des*der Psychotherapeut*in bzw. der in Betracht kommenden Einrichtung.

(2) Wird die Behandlung von einem*einer freiberuflich tätigen Psychotherapeut*in, der*die zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der KFA hat, erbracht, wird dem*der Anspruchsberechtigten jener Betrag honoriert der der KFA bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragspartner*in erwachsen wäre. Eine Rückerstattung erfolgt nur, wenn vor der 11. Sitzung die Genehmigung durch die KFA erteilt wurde.

(3) Wird die Behandlung durch eine Vertragspartnerin/einen Vertragspartner erbracht, erfolgt die Verrechnung des Honorars gemäß den anzuwendenden Verträgen (Direktverrechnung).

3. Abschnitt

Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel

17. Heilmittel

(1) Das Mitglied kann mittels eines gültigen Kassenrezepts ein notwendiges Heilmittel in einer öffentlichen Vertragsapothek, bei einem*einer hausapotheken-führenden Vertragsarzt*in, dessen*deren Patient*in er*sie ist, als Sachleistung auf Rechnung der KFA beziehen. Das notwendige Heilmittel wird grundsätzlich durch den*die behandelnde Ärzt*in festgelegt. Die Bestimmungen über eine allfällige chefärztliche Bewilligung bleiben davon unberührt.

(2) Das Kassenrezept wird ausgestellt durch

- 1. eine*n Vertragsarzt*in/,
- 2. eine*n Wahlarzt*in mit Rezepturrecht,
- 3. eine Vertragsgruppenpraxis,
- 4. eine Vertragseinrichtung,
- 5. eine eigene Einrichtung der KFA oder
- 6. einem*einer ermächtigten Ärzt*in, der*die in einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt ist, die mit der KFA einen Vertrag über Verordnungen abgeschlossen hat, für den Fall
 - i) der Entlassung von Patienten*innen aus der stationären Pflege,
 - j) der Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Handlung während der Nachtstunden, an Wochenenden oder Feiertagen.

(3) Bei der Verschreibung von Heilmitteln sind die Erfordernisse einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Krankenbehandlung, insbesondere die jeweils geltenden Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie den Vorgaben des jeweils gültigen Erstattungskodex (EKO) zu beachten. Heilmittel, deren Bezug nach diesen Richtlinien an die vorherige Genehmigung der KFA (siehe [Anhang, Punkt 3 Z 2](#)) gebunden ist, können dann auf Rechnung der KFA bezogen werden, wenn

ihre Zustimmung (chefärztliche Bewilligung) eingeholt und auf dem Rezeptvordruck oder im Arzneimittelbewilligungssystem (ABS) vermerkt ist. Bei Außerachtlassung dieser Bestimmungen kann - ausgenommen in Fällen nachgewiesener Dringlichkeit (Gefahr im Verzug) - die Übernahme der Kosten abgelehnt werden.

(4) Ein vollständig ausgefülltes Rezept wird ungültig, wenn es nicht innerhalb von einem Monat nach dem Ausstellungstag oder dem Tag der Bewilligung durch die KFA eingelöst wird.

(5) Ein Privatrezept kann ohne Vorabbewilligung durch die KFA eingelöst werden, wenn es sich ausschließlich um Heilmittel aus dem grünen Bereich des EKO handelt und die dort angeführten Voraussetzungen für die Verordnung eingehalten werden.

(6) Bei bewilligungspflichtigen Präparaten muss das Privatrezept im Chefärztlichen Dienst der KFA Wien vorab zur Bewilligung, insbesondere per Meine SV, per E-Mail oder persönlich, übermittelt werden. Wird ein bewilligungspflichtiges Heilmittel auf Privatrezept ohne vorherige Bewilligung durch die KFA direkt in der Apotheke bezogen, so sind die Kosten von dem Mitglied vorerst selbst tragen.

(7) Dauerverschreibungen von Heilmitteln sind genehmigungspflichtig. Die Anforderungen des Abs. 3 gelten sinngemäß.

(8) Bei Bezug von Heilmitteln auf Rechnung der KFA ist für jede Packung die vom Vorstand gemäß § 34 der Satzungen festgesetzte Rezeptgebühr an die Apotheke (Hausapotheke) zu entrichten. Die Höhe der Rezeptgebühr ist im [Anhang, Punkt 2 Z 1](#) festgesetzt.

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

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

(11) Unbeschadet einer nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) ausgesprochenen Zulassung zum Apothekenverkehr bzw. Registrierung dürfen auf Rechnung der KFA insbesondere nicht verschrieben oder bezogen werden:

1. Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen;
2. natürliche Mineralwässer und Mineralquellenprodukte;
3. Brausesalze;
4. Diät, Nähr- und Kräftigungsmittel bestimmter Art;
5. Mittel zur Körperpflege aller Art (Kosmetika);
6. Mittel zur Krankenpflege;
7. Badezusätze;
8. Die im Erstattungskodex in der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG angeführten Arzneimittel.

18. Rezeptgebührenbefreiung

(1) Von der Entrichtung der Rezeptgebühr sind befreit:

1. Bezieher*innen von Ergänzungszulagen zum Ruhe- oder Versorgungsgenuss (§ 30 der Pensionsordnung 1995) und Bezieher einer Ausgleichszulage (Vierter Teil Abschnitt V ASVG);

2. Inhaber*innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz und Inhaber*innen eines Opferausweises;
3. Auf Ansuchen eines Mitgliedes kann auch in anderen Fällen bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit von der Einhebung der Rezeptgebühr abgesehen bzw. die eingehobene Rezeptgebühr rückerstattet werden.

(2) Es ist eine Obergrenze für die Rezeptgebühr vorzusehen; diese ist ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen mit zwei Prozent am jährlichen Nettoeinkommen des Mitgliedes für das Mitglied und seine anspruchsberechtigten Angehörigen zu bemessen, § 30a Abs. 1 Z 15 ASVG ist dabei sinngemäß anzuwenden. Vom Büro der KFA ist eine entsprechende Richtlinie zu erlassen.

19. Heilbehelfe und Hilfsmittel

Allgemein

(1) Notwendige Heilbehelfe werden von einem*einer Vertragsarzt*in, Vertragszahnarzt*in, einem*einer Ärzt*in in Vertragsgruppenpraxen oder in eigenen Einrichtung oder in sonstigen Vertragseinrichtungen verordnet. Die Verordnung wird grundsätzlich ungültig, wenn diese nicht innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausstellungstag, eingelöst wird.

(2) Für den Bezug jener im [Anhang, Punkt 3 Z 3](#) aufgelisteten Heilbehelfe ist die vorherige Genehmigung der KFA erforderlich. Diese ist abgehend von Abs 1. binnen eines Monats ab Ausstellung der Verordnung einzuholen. Bewilligte Heilbehelfe/Hilfsmittel können binnen drei Monaten nach dem Tag an dem die Bewilligung erteilt wurde, in Anspruch genommen werden.

(3) Folgende Heilbehelfe können ohne vorherige Genehmigung der KFA bezogen werden:

1. Sehbehelfe (ausgenommen Trifokalbrillen, Kontaktlinsen, geschliffene Farbgläser, Sonnenschutzbrillen und Vorhänger).
2. Schuheinlagen (ausgenommen die orthopädische Ausgestaltung von Schuhen), Winkelhebeleinlagen;
3. Bauch-(Umstands-)Mieder, Bruchbänder, Suspensorien, Vorfalbandagen;
4. Hallux-valgus-Nachtschienen, Luxationsgürtel für Kinder, Pawlikzüge aus Gurten, Spreizkissen, Gummistrümpfe, elastische Binden, Rippenbruchgürtel;
5. Colostomiesäckchen, Colostomiebeutel, Urinbeutel;
6. Brustprothesen;
7. Augenprothesen;
8. Quartalsbedarf an Inkontinenzversorgung.

(4) Bei vorzeitigem Bezug eines Heilbehelfes, der unter Abs. 3 Z 1 bis 6 fällt, ist eine Bewilligung der KFA erforderlich.

(5) Werden Heilbehelfe leihweise beigestellt, sind sie nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben. Zudem ist das Mitglied für nicht zurückgegebene oder beschädigte Heilbehelfe in der Höhe des jeweiligen Anschaffungspreises ersatzpflichtig.

(6) Die Beistellung von Heilbehelfen erfolgt in einfacher, zweckentsprechender Ausführung durch Vertragslieferant*innn oder nicht vertraglich bestellte Lieferant*innen.

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

(8) Für Heilbehelfe wird eine Kostenbeteiligung gemäß § 34 der Satzungen eingehoben. Sie beträgt 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes, mindestens jedoch 20 Prozent der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 des ASVG (siehe [Anhang, Punkt 1 Z 10](#)). Für ständig benötigte Heilbehelfe, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt die Kostenbeteiligung abweichend von den Bestimmungen des 2. Satzes 20 Prozent des jeweiligen Tarifsatzes. Die Kostenbeteiligung ist beim Bezug durch eine*n Vertragslieferant*in direkt an die Lieferfirma zu entrichten. Von der Entrichtung dieser Kostenbeteiligung sind befreit:

1. Mitglieder und Angehörige, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl Nr. 376, besteht;
2. Mitglieder, die gemäß [Punkt 18 Z 1, 2 oder 4](#) der Krankenordnung von der Rezeptgebühr befreit sind bzw. denen eine Befreiung von der Rezeptgebühr bewilligt wurde.

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

(10) Werden Heilbehelfe bei einem*einer nicht vertraglich bestellten Lieferant*in bezogen, vergütet die KFA nach Abzug der Kostenbeteiligung jenen Betrag, den sie bei Inanspruchnahme eines*einer Vertragslieferant*in aufzuwenden gehabt hätte.

(11) Das Ausmaß der Kosten für den Bezug von Heilbehelfen darf bei Körperersatzstücken und Krankenfahrstühlen das 25fache und bei Windeln und Kontaktlinsen das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 des ASVG (siehe [Anhang, Punkt 1](#)), ansonsten das 10fache der Höchstbeitragsgrundlage (siehe [Anhang, Punkt 1 Z 10](#)) nicht übersteigen. Beim Bezug von Heilbehelfen, für die kein Tarifsatz vereinbart ist, ist Abs. 4 und 6 zu berücksichtigen.

(12) Heilbehelfe aufgrund besonderer beruflicher Erfordernisse (z.B. Computerbrillen), sind keine Leistungen der Krankenfürsorgeanstalt, sodass auch keine Rückvergütung erfolgen kann.

Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge

(13) Für die nachstehend angeführten Heilbehelfe wird folgende durchschnittliche Gebrauchsdauer festgesetzt:

1.	Augenprothesen	5	Jahre
2.	Hörapparate	5	Jahre
3.	Orthopädische Schuhe		
	a) bei erstmaliger Anschaffung zwei Paare für	2	Jahre
	b) in weiterer Folge ein Paar pro	1	Jahr
	c) Kinder bis zu 14 Jahre ein Paar pro	½	Jahr
4.	Zurichtungen an Konfektionsschuhen	½	Jahr
	a) Kinder bis zu 14 Jahre	¼	Jahr
5.	Orthopädische Hilfsmittel	2	Jahre
6.	Schuheinlagen	1	Jahr
7.	Ober- und Unterarmprothesen	5	Jahre
8.	Ober- und Unterschenkelprothesen	4	Jahre
9.	Chirurgische Bandagen	2	Jahre

10.	Sehbehelfe bei gleichbleibender Sehschärfe	2	Jahre
11.	Perücken	1	Jahr

(14) Vor Ablauf der im Abs. 13 festgesetzten Gebrauchsdauer wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel nur dann nochmals geleistet, wenn dies aus besonderen Gründen und ohne ein Verschulden des Mitglieds notwendig geworden ist. In diesem Fall ist jedenfalls die vorherige Bewilligung der KFA einzuholen.

(15) Für sonstige Heilbehelfe wird die Gebrauchsdauer unter Bedachtnahme auf die Abnutzung bei ordnungsgemäßem Gebrauch sowie auf die Art des Heilbehelfes und den Zustand des*der Erkrankten im Einzelfall festgesetzt.

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

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

(18) Für die Blutzuckerteststreifen wird als therapieabhängige Normabgabemenge festgesetzt

1.	Basis Bolus Therapie	¼	Jahr	650 Stück
2.	Verwendung einer Insulinpumpe	¼	Jahr	650 Stück
3.	Insulinpumpe bzw. Basis Bolus Therapie mit CGM-System mit Kalibrierung	¼	Jahr	bis zu 400 Stück
4.	Insulinpumpe bzw. Basis Bolus Therapie mit CGM-System ohne Kalibrierung	¼	Jahr	bis zu 200 Stück
5.	Insulinpflichtiger/nicht Insulinpflichtiger Gestationsdiabetes	¼	Jahr	550 Stück
6.	Schwangere Diabetikerin	¼	Jahr	650 Stück
7.	BOT-basisunterstützter oraler Therapie (z.B. Bed-Time-Insulin)	¼	Jahr	200 Stück
8.	allen anderen Insulintherapien	¼	Jahr	300 Stück
9.	Therapie mit oraler Antidiabetika	¼	Jahr	100 Stück
10.	Nicht medikamentöse Diabetesbehandlung	½	Jahr	50 Stück
				+ 50 Stück bei Manifestation

(19) Die quartalsmäßige Abgabemenge für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen ist bewilligungsfrei. Ein Mehrbedarf kann nach Vorlage medizinischer Begründung durch den Chefärztlichen Dienst bewilligt werden.

Sonderregelung Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß den Satzungen der KFA.

(20) Die Abgabe von sonstigen Heilmitteln (§ 17 Abs. 1 Z 2 der Satzungen), Heilbehelfen oder Hilfsmitteln (§ 18 der Satzungen) auf Grundlage einer Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Kranken-pflege im Sinne des § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen ihrer

Berufsbefugnis (§ 15a GuKG) auf Basis der von ihnen erstellten pflegerischen Diagnose ist auf Kosten der KFA nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze möglich.

(21) Die Abgabe gem. Abs. 1 setzt die Verordnung eines* einer Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer spezifisch auf die Verordnungspraxis abgestellten und mit der KFA abgestimmten Fortbildung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV) und die Meldung der absolvierten Fortbildung an die KFA voraus. Der ÖGKV kann sich zur Durchführung dieser Fortbildung auch anderer Anbieter*Anbieterinnen bedienen. Die für die Abgabe von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen wie insbesondere die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) sowie die einschlägigen geltenden Bestimmungen für die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln durch Wahlärzte*Wahlärztinnen sind anzuwenden.

(22) Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen können folgende der im Abs. 1 angeführten Produkte auf Kosten der KFA abgegeben werden:

1. Enterale Ernährung (Technik und Nahrung, nur Folgeversorgung)
2. Saugende Inkontinenzversorgung
3. Bade- und Toilethilfen
4. Gehhilfen
5. Standard-Rollstühle (für Erwachsene)
6. Wund- und Verbandstoffe
7. Elastische Binden
8. Anti- Dekubitus-Versorgung
9. Kompressionstrümpfe
10. Blutzuckermessgeräte inkl. Zubehör für Diabetiker/Diabetikerinnen (nur Folgeversorgung)
11. Stomaversorgung

(23) Eine Abgabe gem. Abs. 1 ist nur für eigene Patienten*Patientinnen zulässig. Als eigene Patienten*Patientinnen gelten solche, welche entweder von dem*der die Verordnung ausstellenden Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege selbst oder der Behandlungsstelle, für welche dieser*diese tätig ist, unmittelbar behandelt werden. Jedenfalls ausgeschlossen ist eine Abgabe auf Kosten der KFA

1. wenn die zur Verordnung berechnigte Person in einer persönlichen oder wirtschaftlichen Abhängigkeit zur abgabeberechnigten Stelle steht, oder
2. für Anspruchsberechtigte, die sich in Anstaltspflege befinden, deren Leistungen durch Zahlungen im Sinne des Pkt 20. als abgegolten gelten.

(24) Die Anwendung von vertraglichen Bestimmungen mit Vertragspartnern*Vertragspartnerinnen, Vereinbarungen mit Gebietskörperschaften oder anderen Sozialversicherungsträgern sowie Regelungen über Pauschalzahlungen mit Trägern der Sozialhilfe bleiben unberührt.

(25) Eine Abgabe von sonstigen Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Kosten der KFA gem. Abs. 1 im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege nach Pkt. 21 ist zulässig.

4. Abschnitt

Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege

20. Anstaltspflege

(1) Das Mitglied kann Anstaltspflege in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt oder im Sanatorium Hera als Sachleistung in Anspruch nehmen, wobei die Kosten bei ersteren bis zur Höhe des Pflegegebührenersatzes in der allgemeinen Gebührenklasse übernommen werden. Die Anstaltspflege wird an Stelle der ärztlichen Hilfe und Gewährung von Heilmitteln gewährt, wenn und solange die Art der Krankheit dies erfordert oder die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.

(2) Etwaige weiterführende Honorare, die von dem Mitglied an eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt oder an eine*n Ärzt*in geleistet wurden, werden nicht erstattet.

(3) Bei Unterbringung in einer nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt werden die Kosten bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Pflegegebührenersatzes vergütet. Die Entgelte für ärztliche Leistungen in operativen Fällen werden bis zur Höhe des Operationstarifes für Vertragsärztinnen/Vertragsärzten vergütet, unabhängig davon, ob die Leistung von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt oder einer/einem Wahlärztin/Wahlarzt erbracht wird bzw. erbracht worden ist. Darüberhinausgehende Kosten werden nicht vergütet. Unter darüberhinausgehende Kosten werden auch Kosten für jede Art der Narkose-Leistung verstanden.

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

(5) Bei Anstaltspflege im Sanatorium Hera ist keine Aufzahlung zu leisten. Analog den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes ist eine Kostenbeteiligung in der jeweiligen Höhe – siehe [Anhang, Punkt 2.2.3](#) – täglich, zu leisten. Dieser Betrag ist pro Kalenderjahr für höchstens 28 Kalendertage zu entrichten.

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

(7) Die Kosten der Mitnahme von Begleitpersonen werden nicht übernommen.

(8) Für Besuche eines*einer Wahlärzt*in während der Unterbringung in einer öffentlichen Krankenanstalt wird keine Vergütung geleistet.

(9) Für Aufenthalte in einem Suchtbehandlungszentrum können die Kosten auf Antrag von der KFA übernommen werden.

21. Medizinische Hauskrankenpflege

(1) Das Mitglied kann anstelle von Anstaltspflege, sofern die Krankheit dies zulässt, medizinische Hauskrankenpflege bei einer Vertragsorganisation der KFA als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Er*Sie kann auch eine*n gemäß § 36 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG zur freiberuflichen Berufsausübung berechnigte*n Angehörige*n des gehobenen Dienstes für

Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 12 GuKG heranziehen und dafür einen tarifmäßigen Rückersatz beantragen. Medizinische Hauskrankenpflege bedarf der Anordnung und der Aufsicht eines*iner Ärzt*in.

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

(3) Nimmt das Mitglied medizinische Hauskrankenpflege als Ersatzleistung in Anspruch, hat er*sie Folgendes schriftlich nachzuweisen:

1. die datierte ärztliche Anordnung der Hauskrankenpflege,
2. die relevante(n) Diagnose(n),
3. die medizinische Begründung für die Pflegeleistungen,
4. Name und Qualifikation der Pflegeperson,
5. Art, Dauer und Zeitpunkt der medizinischen Leistungen und qualifizierten Pflegeleistungen.

(4) Bei einer länger als vier Wochen dauernden medizinischen Hauskrankenpflege ist eine Genehmigung der KFA einzuholen. Im Falle der Inanspruchnahme der medizinischen Hauskrankenpflege durch Nicht-Vertragspartner*innen, wird auch diesfalls nur jener Betrag honoriert, der der KFA bei Inanspruchnahme eines*iner Vertragspartner*in erwachsen wäre, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert.

(5) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn das Mitglied in einem Heim für Genesende, in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht ist.

5. Abschnitt

Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung und Mundhygiene für Kinder und Jugendliche

22. Zahnbehandlung

(1) Das Mitglied kann konservierende und chirurgische Zahnbehandlungen im notwendigen Ausmaß bei einem*iner Vertragszahnärzt*in, einem*iner Vertragsdentist*in, einer Vertragsgruppenpraxis, einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt, einem Vertragsambulatorium oder in einem Zahnambulatorium der KFA (Sanatorium Hera) als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Die Regelungen der Krankenbehandlung durch ärztliche Hilfe ([Punkt 11](#)) gelten sinngemäß.

(2) Zahnärzt*innen im Sinne dieser Krankenordnung sind jene Personen, die gemäß Zahnärztegesetz zur Ausübung des zahnärztlichen/dentistischen Berufes berechtigt sind. Wahlzahnärzt*innen sind alle freiberuflich tätigen Zahnärzt*innen, die mit der KFA keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung abgeschlossen haben.

(3) Bei Leistungen, die in den Honorartarifen enthalten sind, dürfen von den in Abs. 1 genannten Vertragspartner*innen private Aufzahlungen, auch für sogenanntes besseres Material, nicht verlangt werden. Leistungen, die das Mitglied über die Vertragsleistung hinaus wünscht, sind auch von dem*der Vertragsbehandler*in mit dem*der Anspruchsberechtigten privat zu verrechnen. Eine Kostenrückerstattung wird in diesen Fällen nicht gewährt.

(4) Die Bestimmungen des [Punkt 11](#) über die Inanspruchnahme von Vertragsärzt*innen, Wahlärzt*innen, Vertragsgruppenpraxen bzw. Wahlgruppenpraxen, einer Vertragseinrichtung und eigenen Einrichtungen der KFA (Sanatorium Hera bzw. Ambulatorien) finden auf Zahnärzt*innen

sinngemäß Anwendung. Die Rückvergütung bei Inanspruchnahme eines*iner Wahlzahnärzt*in, Zahnärzt*innen in einer Wahl-Gruppenpraxis bzw. von Wahleinrichtungen richtet sich nach der bundesweit geltenden Honorarordnung für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten, abgeschlossen zwischen der österreichischen Zahnärztekammer und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

(5) Visiten werden nur honoriert, wenn das Mitglied infolge seines Zustandes nicht ausgehfähig ist und die Notwendigkeit des Hausbesuches von dem*der behandelnden Ärzt*in festgestellt wird.

23. Zahnersatz

(1) Der unentbehrliche Zahnersatz wird gewährt, um Gesundheitsstörungen (insbesondere Schädigung der Verdauungsorgane) oder Störungen der Berufsfähigkeit (Behinderung des Sprechens) hintanzuhalten. Ein lediglich aus kosmetischen Gründen vorgenommener Zahnersatz wird nicht vergütet. Alle Leistungen werden in zweckentsprechender Ausführung erbracht.

(2) Bei Zahnersatzarbeiten ist, abgesehen von dringenden Reparaturen, die vorherige Genehmigung der KFA einzuholen.

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

(4) Für Kronen, soweit sie nicht unter Abs. 3 fallen, Stiftzähne, Brücken und medizinisch notwendige Implantate leistet die KFA Zuschüsse. Die Höhe des Zuschusses pro Einheit unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligung gemäß § 34 ist im [Anhang, Punkt 1 Z 11](#) festgesetzt.

(5) Nicht vergütet werden:

1. Zahnersatz im nicht vorbereiteten Mund, insbesondere Ersatzstücke über nicht gezogene Wurzeln,
2. Reservestücke, oder
3. Zahnersätze, aus kosmetischen Gründen.

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

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

(8) Die Kosten eines Ersatzstückes, das bereits einmal auf Rechnung der KFA hergestellt worden ist, können erst nach Ablauf von vier Jahren wieder übernommen werden. Bei skelettierten Metallprothesen erhöht sich diese Frist auf sechs Jahre. Die Bestimmungen des [Punktes 19 Abs. 4](#) gelten sinngemäß.

(9) Die Bestimmungen des [Punkt 22 Abs. 3](#) gelten für Zahnersätze sinngemäß.

24. Kieferregulierung und Mundhygiene

(1) Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche sind bei Vorliegen einer Fehlstellung der IOTN Stufe 4 und 5 („Gratis-Zahnspangen“) insofern Leistungen der Krankenfürsorge, soweit die folgenden weiteren Voraussetzungen vorliegen:

- a) Erteilung der chefärztlichen Bewilligung durch die KFA,
- b) Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres,
- c) Nichtvorliegen einer kosmetischen Zahnsperre,
- d) Inanspruchnahme eines Vertragsinstituts.

Wird ein*e Wahlkieferorthopäd*in oder ein Wahlinstitut als Leistungserbringer*in gewählt, müssen die in lit. a bis c genannten Voraussetzungen gleichermaßen vor Behandlungsbeginn vorliegen. In diesen Fällen werden nicht die Gesamtkosten der Behandlung übernommen, sondern ein tarifmäßiger Rückersatz geleistet.

(2) Kieferregulierungen, welche nicht unter die Regelung nach Abs 1 (Gratis-Zahnsperre) fallen, sind bei Vorliegen einer Fehlstellung ab der IOTN Stufe 3 bewilligungspflichtige Leistungen der Krankenfürsorge. Nach vorheriger Bewilligung durch die KFA wird bei abnehmbaren und festsitzenden Kieferregulierungen im Falle der Inanspruchnahme eines*einer Wahlkieferorthopäd*in oder eines Wahlinstituts ein Rückersatz in Höhe des Kassentarifs für kieferorthopädische Behandlungen auf Basis abnehmbarer Geräte geleistet.

(3) Eine Kostenbeteiligung sowie die Behandlungsbedürftigkeit, die geeignete zahnmedizinische Versorgung und die Qualitätsanforderungen für die Erbringung der Leistung werden in einer vom Büro der KFA zu erlassenden Richtlinie geregelt.

(4) Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 10. und dem vollendeten 18. Lebensjahr haben ein Mal im Jahr Anspruch auf Mundhygiene, während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung mit einer festsitzenden Zahnsperre erhöht sich dieser Anspruch auf das Ausmaß von zwei Sitzungen pro Jahr, wobei zwischen den einzelnen Sitzungen zumindest ein Zeitraum von 6 Monate liegen muss. Bei Inanspruchnahme eines*einer Wahlzahnärzt*in, Zahnärzt*innen in einer Wahl-Gruppenpraxis bzw. von Wahleinrichtungen werden nicht die Gesamtkosten der Behandlung übernommen, sondern ein tarifmäßiger Rückersatz geleistet.

(5) Anspruchsberechtigte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben einmal pro Kalenderjahr Anspruch auf eine Mundhygiene, unabhängig davon, ob diese bei Vertragszahnärzt*innen oder Wahlzahnärzt*innen in Anspruch genommen wird. Bei Inanspruchnahme von Vertragszahnärzt*innen bzw. Zahnärzt*innen in einer Vertrags-Gruppenpraxis werden die Kosten seitens der KFA getragen, wobei die/der Anspruchsberechtigte eine Kostenbeteiligung gemäß Anhang, Punkt 2 Z 4 zu tragen hat. Bei Inanspruchnahme eines*einer Wahlzahnärzt*in bzw. Zahnärzt*innen in einer Wahl-Gruppenpraxis werden nicht die Gesamtkosten der Behandlung übernommen, sondern der tarifmäßige Rückersatz abzüglich der Kostenbeteiligung gemäß Anhang, Punkt 2 Z 4 geleistet.

6. Abschnitt

Leistungen bei Mutterschaft

25. Ärztlicher Beistand

Für die ärztliche Betreuung der Schwangeren bzw. der Wöchnerin, für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie für den ärztlichen Beistand während einer Komplikation bei der Geburt gilt [Punkt 11.](#)

26. Beistand durch eine Hebamme oder eine*n diplomierte Kinderkranken- und Säuglingspfleger*in

(1) Das Mitglied kann die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburtshilfe und die Betreuung im Wochenbett bei einer Vertragshebamme als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen.

(2) Konsultiert das Mitglied anstelle einer Hebamme eine*n zur freiberuflichen Berufsausübung berechnigte diplomierte Kinderkranken- und Säuglingspfleger*in sind die Kosten der Sachleistung vorerst selbst zu tragen. Die Rückvergütung erfolgt in der Höhe die der KFA bei Inanspruchnahme einer Vertragshebamme entstanden wären.

27. Heilmittel und Heilbehelfe

Für die Beistellung eines Heilmittels oder eines Heilbehelfes aus dem Leistungsfall der Mutterschaft gilt der [3. Abschnitt](#) sinngemäß.

28. Pflege in einer Krankenanstalt

(1) Für die Pflege in einer Krankenanstalt aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gilt [Punkt 20](#). Bei komplikationslosem Verlauf der Geburt werden die Kosten der Anstaltspflege höchstens bis zur Dauer von zehn Tagen übernommen. In der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Kranken-(Entbindungs-)Anstalt erfolgt die Anstaltspflege auf Rechnung der KFA. Bei Unterbringung in einer privaten Kranken-(Entbindungs-)Anstalt gelten die Bestimmungen des [Punktes 20 Abs. 2](#).

(2) entfällt

(3) Die Höhe des Geburtenbeitrages ist im [Anhang, Punkt 1 Z 12 lit. h](#) festgelegt.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen ist unter Vorlage eines standesamtlichen Geburtsnachweises geltend zu machen. Eine Fehlgeburt (Abortus) begründet einen bloßen Anspruch auf Krankenbehandlung.

29. Wochengeld/Sonderwochengeld

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

1. eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag, im Fall des vorzeitigen Wochengeldanspruches wegen eines besonderen Beschäftigungsverbot nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes die Bestätigung des*der Arbeitsinspektionsärzt*in oder des*der Amtsärzt*in nach den gesetzlichen Vorschriften,
2. eine Arbeits- und Entgeltbestätigung der Dienstgeberin über
 - a) die Höhe des in den letzten drei Kalendermonaten vor Eintritt des Leistungsfalles der Mutterschaft erzielten Nettoarbeitsverdienstes und
 - b) den Anspruch auf Sonderzahlungen,

sofern diese nicht ohnehin durch die Dienstgeberin direkt an die KFA übermittelt wird,

3. einen Nachweis eines allfälligen Bezuges einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder von Karenzgeld) während des in Abs. 1 Z 2 lit a genannten Zeitraumes.

(2) Zur Errechnung der Dauer des Anspruches auf Wochengeld nach der Geburt des Kindes hat die Anspruchsberechtigte der KFA vorzulegen:

1. die Geburtsurkunde des Kindes bzw.

2. eine ärztliche Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt oder Kaiserschnittentbindung.

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

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

(5) Das Wochengeld wird alle vier Wochen im Nachhinein ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt auf ein Girokonto des Mitglieds, das sie bei Antragstellung zu benennen hat. Verfügt das Mitglied über kein Girokonto, wird das Wochengeld per Post angewiesen.

(6) Für die Gewährung des Sonderwochengelds gemäß § 24a Ab1 lit m iVm 163 ASVG sind die vorgenannten Bestimmungen sinngemäß anzuwenden.

(7) Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder innerhalb von acht Wochen danach, werden das Wochen-, Sonderwochengeld und der Geburtenbeitrag an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

7. Abschnitt

Erweiterte Heilfürsorge (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv) - Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge, Maßnahmen der Rehabilitation

30. Erweiterte Heilfürsorge (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv)

(1) Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv) können nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel in einer Vertragseinrichtung der KFA gewährt werden. Die Leistungen dienen der nachhaltigen Festigung oder Besserung der Gesundheit, der Dienstfähigkeit oder der Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen. Ihre Notwendigkeit muss zuvor von der KFA anerkannt werden.

(2) Das Mitglied hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und von dem*der behandelnden Ärzt*in in den dafür vorgesehenen Teilen genau ausfüllen zu lassen. Der Einladung des Chefärztlichen Dienstes zu einer eventuellen Begutachtung ist Folge zu leisten. Die Bewilligung der KFA ist in der Vertragseinrichtung vorzuweisen.

(3) Für Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv), die an einem selbstgewählten Kurort im Inland vorgenommen werden, kann die KFA einen Kurkostenzuschuss gewähren. Der Kuraufenthalt muss mindestens 14 Tage dauern und währenddessen müssen mindestens 10 physikalische Therapien absolviert werden. Die tägliche Rückvergütung darf den im [Anhang, Punkt 1 Z 13](#) genannten Betrag nicht übersteigen.

(4) Die KFA kann das Mitglied einen Kurmittelzuschuss für die Kosten für physikalische Therapien in einer inländischen Kuranstalt, nach Bewilligung des Chefärztlichen Dienstes der KFA, gewähren. Voraussetzung ist ein mindestens 14tägiger Aufenthalt und die Absolvierung von mindestens 10 physikalischen Therapieeinheiten ([Anhang, Punkt 1 Z 13](#)).

(5) Für Kuraufenthalte bzw. Aufenthalte im Rahmen der Gesundheitsvorsorge Aktiv ist eine Kostenbeteiligung gemäß § 34 der Satzung zu entrichten. Die Höhe der Kostenbeteiligung ist im [Anhang, Punkt 2 Z 2](#) angeführt.

(6) Von der Entrichtung der Kostenbeteiligung gemäß Abs. 5 sind befreit:

1. Inhaber*innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz
2. Inhaber*innen eines Opferausweises und
3. Mitglieder, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind
4. auf Ansuchen, bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit

Die Regelungen über die Befreiung von der Rezeptgebühr gem. Punkt 18, ausgenommen Punkt 18 Abs. 4 sind sinngemäß anzuwenden.

(7) Leistungen der erweiterten Heilfürsorge sind eine freiwillige Leistung und können nur vom Chefärztlichen Dienst der KFA bewilligt werden. Die Bewilligung kann erteilt werden, wenn eine Heilung oder zumindest eine wesentliche und anhaltende Besserung des Leidens zu erwarten ist und dieses Ziel im Aufenthaltsort des*der Erkrankten nicht erreicht werden kann. Auf diese Leistungen besteht kein Rechtsanspruch; gegen die Ablehnung eines diesbezüglichen Ansuchens ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

(8) Leistungen der erweiterten Heilfürsorge (Kur bzw. Gesundheitsvorsorge Aktiv) können wegen des gleichen Leidens in der Regel zweimal innerhalb von sechs Jahren neuerlich gewährt werden. Ist jedoch zur Erreichung des Heilerfolges eine Kur bzw. eine Gesundheitsvorsorge Aktiv vorzeitig notwendig, kann in schriftlich begründeten Ausnahmefällen hierfür die Bewilligung erteilt werden.

31. Maßnahmen der Rehabilitation

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

(2) Die Maßnahmen der Rehabilitation umfassen:

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

(3) In den Fällen des Abs. 2 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln können Reise- und Transportkosten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Mitglieds übernommen werden.

(4) Bei Unterbringung in einer Krankenanstalt gemäß Abs. 2 Z 1 ist gemäß § 34 der Satzungen eine Kostenbeteiligung für höchstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr zu entrichten (siehe [Anhang, Punkt 2 Z 3](#)). Bereits geleistete Kostenbeteiligungen im Sinne der Bestimmungen des

Krankenanstaltengesetzes bzw. gemäß [Punkt 20 Abs. 5](#) dieser Krankenordnung werden nicht angerechnet.

(5) Von der Entrichtung der Kostenbeteiligung sind befreit:

1. Inhaber*innen von Amtsbescheinigungen nach dem Opferfürsorgegesetz
2. Inhaber*innen eines Opferausweises und
3. Mitglieder, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind
4. auf Ansuchen, bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit

Die Regelungen über die Befreiung von der Rezeptgebühr gem. [Punkt 18](#) (ausgenommen Abs. 2) sind sinngemäß anzuwenden.

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

1. ein Zuschuss und/oder ein Darlehen zur Adaptierung der von dem*der Versehrten bewohnten oder zu bewohnenden Räumlichkeiten, durch die ihm*ihr deren Benützung erleichtert oder ermöglicht wird;
2. ein Zuschuss und/oder ein Darlehen zum Ankauf bzw. zur Adaptierung eines Personenkraftwagens, wenn einem*einer Versehrten, dem*der auf Grund seiner*ihrer Behinderung die Benützung eines Massenbeförderungsmittels oder eines Fahrzeugs gemäß § 2 Abs. 1 Z 22 StVO nicht zumutbar ist.

32. Ambulante Rehabilitation

Das Mitglied kann anstelle der stationären Unterbringung gemäß [Punkt 31](#) die Rehabilitation der Phase II und der Phase III auch in ambulanter Form auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Diese Maßnahmen bedürfen vorab einer Bewilligung durch den Chefärztlichen Dienst der KFA. Das Mitglied hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie nur unter Vorlage der schriftlichen Bewilligung der KFA antreten.

8. Abschnitt

Transport-(Fahrt-)kosten, Krankentransport

33. Transport-(Fahrt-)kosten

Das Mitglied kann den Ersatz von Kosten für medizinisch notwendige Fahrten, die er*sie selbst tragen musste, beantragen. Das Mitglied hat die Inanspruchnahme der Behandlungsstelle, die Ziel der Fahrt war, nachzuweisen. Beantragt das Mitglied den Ersatz von Kosten für eine Begleitperson, und hat er*sie das 15. Lebensjahr bereits vollendet, hat er*sie eine ärztliche Bestätigung darüber vorzulegen, ob er*sie auf Grund seines*ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes einer Begleitperson bedurfte.

34. Krankentransport

(1) Das Mitglied kann einen Krankentransport zu oder von der nächstgelegenen medizinischen Behandlungsstelle bei einem Rettungsdienst oder einem gewerblichen Personenbeförderungsunternehmen, mit dem die KFA einen Vertrag abgeschlossen hat, als Sachleistung auf Rechnung der KFA in Anspruch nehmen. Er*Sie benötigt einen Transportauftrag

eines*einer Ärzt*in, in dem die Notwendigkeit und die medizinisch unbedingt erforderliche Art des Transportes im Sinn der Satzung bescheinigt werden. Die ersten 10 Transporte sind bewilligungsfrei. Darüber hinaus bestehen Bewilligungspflichten gemäß der im [Anhang, Punkt 3 Z 8](#) aufgezählten Fällen.

(2) Bergungskosten und Kosten der Beförderung bis ins Tal bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik werden nicht übernommen

9. Abschnitt

Überprüfung der ärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes

35. Allgemein

(1) Die Anordnungen des*der Ärzt*in die der Heilung dienen sollen, sind zu befolgen. Hat der*die Ärzt*in/ Bettruhe oder eine Ausgezeit angeordnet, ist diese einzuhalten. Die KFA kann aus medizinischen Gründen bei Fehlen einer diesbezüglichen ärztlichen Anordnung Bettruhe bzw. eine Ausgezeit festlegen oder eine von der diesbezüglichen Anordnung des*der Ärzt*in abweichende Regelung treffen. Vom Chefärztlichen Dienst der KFA getroffene Anordnungen sind zu befolgen.

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

36. Krankenbesuchsdienst

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

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

(3) Das Mitglied ist verpflichtet, den*die Krankenbesucher*in in seine*ihre Wohnung (Unterkunft) einzulassen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

37. Prüfung des Gesundheitszustandes

(1) Die KFA 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 Ärzt*in mitteilen. Wird der Einladung ohne wichtigen Grund nicht Folge geleistet, kann die KFA nach vorheriger Androhung der Säumnisfolgen ihrer Entscheidung den festgestellten bzw. wahrscheinlichen Sachverhalt zugrunde legen.

(3) Die KFA kann die Richtigkeit der Krankmeldung und der Gesundmeldung überprüfen und aus medizinischen Gründen einen davon abweichenden Zeitpunkt des Beginnes oder des Endes der Arbeitsunfähigkeit bestimmen.

(4) Will der*die Arbeitsunfähige oder ein*e Bezieher*in von Rehabilitationsgeld seinen*ihren Aufenthalt innerhalb seines*ihres Wohnortes für mehr als einen Tag ändern, hat er*sie dies vorher der KFA zu melden. Will er*sie seinen*ihren Wohnort für mehr als einen Tag verlassen, hat er*sie vorher die Zustimmung der KFA einzuholen. Die KFA erteilt die Zustimmung, wenn:

1. der Ortswechsel von der behandelnden Stelle befürwortet wird
2. der Ortswechsel sich nicht negativ auf den Heilungsverlauf bzw. das Erreichen des Rehabilitationszieles auswirken kann und

3. am neuen Aufenthaltsort die notwendige medizinische Betreuung für die Fortführung der laufenden Behandlung gewährleistet ist.

(5) Der*Die Arbeitsunfähige hat der KFA einen Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung unverzüglich nach Zustellung in Kopie zu übermitteln.

3. Teil

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

38. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld

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

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

39. Meldung der Bemessungsgrundlage

(1) Der*Die Vertragsbedienstete hat der KFA für die Berechnung des Krankengeldes eine Arbeits- und Entgeltbestätigung der Dienstgeberin vor und während der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen, sofern diese nicht ohnehin direkt von der Dienstgeberin an die KFA übermittelt wird.

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

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

40. Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt

Die KFA leistet Personen,

1. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches ([Punkt 38 Abs. 1 und 2](#)) abgelaufen ist und
2. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

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

41. Besondere Pflichten der/des Arbeitsunfähigen

(1) Einem*einer arbeitsunfähig erkrankten Vertragsbediensteten, Bezieher*in von Karenzgeld treffen folgende besondere Pflichten:

1. Der*Die Arbeitsunfähige hat der KFA und dem*der behandelnden Ärzt*in den Grund der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen und ob er*sie vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Alkohol oder Suchtgifte konsumiert hat.
2. Der*Die Arbeitsunfähige hat der KFA Beginn und Ende eines Bezuges von Übergangsgeld zu melden. Er*Sie hat der KFA einen Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung unverzüglich nach Zustellung in Kopie zu übermitteln.

(2) Die Bestimmungen des [Punktes 37](#) gelten sinngemäß.

42. Auszahlung von Kranken-, Rehabilitations-, Sonderwochen- und Wochengeld

Das Kranken-, Rehabilitations-, Sonderwochen- und Wochengeld (siehe auch [Punkt 29](#)) wird alle vier Wochen im Nachhinein ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt auf ein Girokonto des Mitglieds, das er*sie bei Antragstellung zu benennen hat. Verfügt das Mitglied über kein Girokonto, wird das Kranken- und Wochengeld per Post angewiesen.

4. Teil

e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

e-Card

43. Wesen und Zweck der e-card

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

(2) Auf Wunsch des Mitgliedes stellt die KFA fest,

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

44. Ausstellen der e-card

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

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

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

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

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

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

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

(4) Die KFA stellt dem Mitglied eine neue Karte aus,

1. falls Personenstandsdaten geändert worden sind;
2. falls eine Karte abhandengekommen ist;
3. falls dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist;
4. falls sich eine Kartensperre nach [Punkt 50 Abs. 1 Z 3 oder 4](#) als nicht mehr erforderlich erweist.

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

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

(7) Die Verpflichtung gemäß Abs. 6 gilt nicht für Personen, die bis 31. Dezember 2031 im Jahr der Ausgabe einer e-card das 70. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, sowie Personen, denen die Beibringung des Lichtbildes aus besonders schwerwiegenden, insbesondere gesundheitlichen Gründen im Einzelfall nicht zumutbar ist. Vom Erfordernis der Beibringung eines Lichtbildes kann aus weiteren berücksichtigungswürdigen Gründen abgesehen werden. In diesem Falle wird ein Ersatzbeleg gemäß [Punkt 45](#) ausgestellt.

45. E-card-Ersatzbeleg

Kann eine e-card auf Grund von [Punkt 44 Abs. 1 und 2](#) nicht ausgestellt werden oder im Falle, dass bei Erstaussstellung oder Tausch einer e-card kein Lichtbild des Mitglieds vorhanden ist und keine Ausnahmegestimmung betreffend Anbringen eines Lichtbildes auf der e-card erfüllt ist erhält das Mitglied von der KFA auf Antrag einen e-card-Ersatzbeleg. Die KFA behält sich Einschränkungen der Gültigkeit dieses Beleges vor. Kann die e-card aus den Gründen des [Punkt 50](#) nicht verwendet werden, wird der e-card-Ersatzbeleg nicht ausgestellt.

Europäische Krankenversicherungskarte/EKVK (European Health Insurance Card – EHIC)

46.EKVK

(1) Die EKVK dient zur Dokumentation von Leistungsansprüchen im Sinn des [Punkt 3 Abs. 4 Z 1](#). Die EKVK wird von der KFA ausgestellt durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card. [Punkt 44](#) gilt sinngemäß.

(2) Die EKVK wird ausgestellt mit einer Gültigkeitsdauer

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

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

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

47. EKVK-Ersatzbescheinigung

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

1. in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann, oder
2. auf ausdrücklichen und sachlich begründeten Wunsch des Mitgliedes zusätzlich zu einer gültigen EKVK, oder
3. wenn eine EKVK gemäß [Punkt 46 Abs. 1 bis 3](#) nicht ausgestellt werden darf.

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

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

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

48. Umgang mit e-card und EKVK

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

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

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

(3) Eintragungen auf der e-card, der EKVK, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder dem e-card-Ersatzbeleg, gleichgültig, ob sie optisch lesbar (aufgedruckt) sind, oder ob sie sich auf dem Teil des Chips der e-card befinden, welcher für Sozialversicherungszwecke vorgesehen ist, dürfen ohne Zustimmung der KFA nicht verändert werden, ausgenommen Eintragungen, die im Rahmen der Aufbringung von Zertifikaten durch einen Zertifizierungsdienstanbieter oder dessen Beauftragte erfolgen ([Punkt 43 Abs. 2](#)). Eine e-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder ein e-card-Ersatzbeleg wird durch andere Veränderungen ungültig.

49. Melde- und Auskunftspflichten

(1) Der/Die Besitzer*in einer e-card (EKVK) hat der KFA zu melden:

1. Änderungen des Namens (z.B. wegen Eheschließung, eingetragene Partnerschaft, Scheidung, Namenswechsel) und behördliche Änderungen beim Geburtsdatum, die nicht in das Zentrale Personenstandsregister (§ 44 PStG) eingetragen werden, und zwar innerhalb eines Monats. Das

Mitglied hat jedoch der KFA auf Verlangen nähere Auskünfte darüber zu geben und Urkunden vorzulegen.

2. Das Abhandenkommen der e-card oder EKVK und zwar unverzüglich und wenn möglich unter Angabe von Grund (z.B. Verlust, Diebstahl), Zeitpunkt und Ort des Geschehens.

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

50. Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung

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

1. falls die Karte auf Grund des Sachverhalts auf Dauer oder auf unbestimmte Zeit nicht mehr berechtigt verwendet werden kann (z.B. bei Tod des Mitglieds),
2. im Fall einer Meldung nach [Punkt 49 Abs. 1 Z 2](#) oder falls die KFA die Karte aus anderen Gründen durch eine andere ersetzt ([Punkt 44 Abs. 4](#), [Punkt 47 Abs. 1](#)),
3. bei Verdacht auf unerlaubte Änderungen ([Punkt 48 Abs. 3](#)),
4. bei Verdacht auf unrechtmäßige Verwendung.

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

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

Die Sperre verändert einen bestehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht. In den Fällen des Abs. 1 Z 3 und Z 4 verständigt die KFA den*die Betroffene*n von der Sperre und deren Begründung und gibt ihm Gelegenheit zur Aufklärung des Sachverhalts.

(3) Der*Die Inhaber*in einer EKVK oder einer gesperrten e-card hat diese unabhängig vom Grund der Sperre oder der Verwendbarkeitseinschränkung der KFA zu überlassen, wenn sie dies verlangt. In den Fällen des Abs. 1 Z 3 und 4 wird eine e-card (EKVK), die in den Einflussbereich der KFA gelangt, ohne Vorankündigung eingezogen.

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

5. Teil

Schluss- und Übergangsbestimmungen

(1) Soweit diese Krankenordnung auf Bundesgesetze verweist, sind diese in der am 01.09.2024 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Diese Krankenordnung tritt mit 01.01.2026 in Kraft. Mit diesem Tag verlieren alle früher erlassenen Bestimmungen ihre Wirksamkeit.

Anhang (Kostenerstattung/Rückersätze, Kostenbeteiligungen/Parteienbeiträge und Bewilligungspflichtige Leistungen)

1. Kostenersätze / Rückersätze

in Euro

1. Schutzimpfung
 - a. FSME / pro (Teil-)Impfung ([Punkt 10 Abs. 1 Z 4](#)) 16,00
 - b. entfällt
 - c. entfällt
2. Physiotherapie ([Punkt 12 Abs. 2](#))
 - a. 30 Minuten Einzelheilgymnastik durch diplomierte Physiotherapeuten 23,00
 - b. 45 Minuten Einzelheilgymnastik durch diplomierte Physiotherapeuten 34,51
 - c. 60 Minuten neurophysiologische Behandlung durch diplomierte Physiotherapeuten 46,01
 - d. min. 20 Minuten Einzelheilgymnastik in Instituten 14,91
 - e. min. 30 Minuten Einzelheilgymnastik in Instituten 22,56
 - f. Fachärzte für physikalische Medizin als Tagsatzpauschale 37,96
3. Psychotherapie (nicht ärztliche), Einzelsitzung ([Punkt 16 Abs. 2](#)) 39,00
4. Stoßwelle: Durchführung durch eine/einen Fachärztin/Facharzt für Orthopädie, Physikalische Medizin oder Unfallchirurgie
 - a. kleine Gelenke (Ferse, Ellenbogen, Hände): pro Patientin/Patient pro Jahr und pro Gelenk maximal 3x verrechenbar 45,00
 - b. große Gelenke (Schulter, Hüfte, Knie): pro Patientin/Patient pro Jahr und pro Gelenk maximal 3x verrechenbar 81,00
5. Liposuktion (bei Lipödem): Durchführung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Dermatologie, (Allg.) Chirurgie oder Plastische Chirurgie
 - a. Pro Bein 900,00
 - b. Pro Arm 400,00
6. Trichloressigsäurenbehandlung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Frauenheilkunde (Gynäkologie) 73,88
7. Akupunktur: sofern medizinisch notwendig, pro Sitzung 19,00
8. CT, Ultraschall, Röntgen-gezielte Infiltrationen
 - a. Ultraschall gezielte Infiltration 80,33

b.	CT gezielte Infiltration	152,55
c.	Röntgen gezielte Infiltration	113,25
d.	PET-CT Ganzkörper F-18 FDG	994,44
e.	PET-CT Ganzkörper F-18 FDG mit Kontrastmittel	1.069,73
f.	PET-CT Ganzkörper 1-124 NaI	948,86
g.	PET-CT Ganzkörper 1-124 NaI mit Kontrastmittel	1.024,15
h.	PET-CT Ganzkörper Ga-68 PSMA	605,61
i.	PET-CT Ganzkörper Ga-68 PSMA mit Kontrastmittel	680,90
j.	Herzschrittmacherprogrammierung zur Untersuchung mit MRT	80,00
k.	Kontrolle eines Herzschrittmachers	50,00
9.	Manometrie/ ph-Metrie (Speiseröhrendruckmessung)	420,00
10.	Heilbehelfe (Punkt 19 Abs. 8 und 11)	
a.	20% der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG	46,20
b.	8-fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG (Windeln und Kontaktlinsen)	1.848,00
c.	10-fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG	2.310,00
d.	25-fache der Höchstbeitragsgrundlage gem. § 108 Abs. 3 ASVG (Körpersatzstücke und Krankenfahrstühle)	5.775,00
11.	Zahnersatz (Punkt 23 Abs. 4)	
a.	Kronen, Stiftzähne und Brücken	69,77
b.	Medizinisch notwendige Kronen	450,00
c.	Medizinisch notwendige Implantate	700,00
12.	Mutterschaftsleistungen (6. Abschnitt)	
a.	Combined Test/OSCAR = Erst Trimester-Screening (ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	114,00
b.	Nackenfaltenmessung (nur wenn kein Combined Test vorliegt – ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	78,00
c.	Organscreening = Zweit-Trimester-Screening (ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	96,00
d.	Dritt-Trimester-Screening (Untersuchung nach dem Organscreening – ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	96,00
e.	Harmony-Test (ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	240,00
f.	NIPT Test (= nicht invasiver Pränatal-Test, ausschließlich ab dem 35. Lebensjahr, 1x pro Schwangerschaft)	360,00
g.	entfällt	

h. Geburtenbeitrag (Punkt 28 Abs. 3)	246,00
i. entfällt	
j. Bestattungskostenbeitrag bei Todgeburt (Punkt 7 Abs. 1)	72,67
13. Erweiterte Heilfürsorge (Kur) Kurzuschuss	13,08
14. Bestattungskostenbeitrag (Punkt 7 Abs. 1)	436,04
15. Medizinische Hauskrankenpflege (Punkt 21 iVm Punkt 1 Abs 8 Z 2), sofern medizinisch notwendig (einschließlich Wegzeiten und Weggebühren), pro Stunde	28,58

2. Kostenbeteiligung/Parteienbeiträge

	in Euro
1. Heilmittel / Medikamente: Rezeptgebühr (Punkt 17 Abs. 8)	7,55
2. Erweiterte Heilfürsorge (Kur und GVA)	
a. für 3 Wochen Kuraufenthalt (Punkt 30 Abs. 5)	624,75
b. täglich für Kuraufenthalte (Punkt 30 Abs. 5)	29,75
c. für 3 Wochen Aufenthalt im Rahmen der Gesundheitsvorsorge Aktiv (Punkt 30 Abs. 5)	677,46
d. täglich für Aufenthalte im Rahmen der Gesundheitsvorsorge Aktiv (Punkt 30 Abs. 5)	32,26
e. für 3 Wochen Aufenthalt im Rahmen der Wiederherstellungskur im Badener Hof (Punkt 30 Abs. 5)	715,26
f. Täglich für Aufenthalte im Rahmen der Wiederherstellungskur im Badener Hof (Punkt 30 Abs. 5)	34,06
3. Rehabilitation (Punkt 31 Abs. 4): tägliche Kostenbeteiligung, höchstens für 28 Tage pro Kalenderjahr	15,59
4. Mundhygiene gemäß Pkt. 24. Abs 5:	20% des vertraglichen Tarifs

3. Bewilligungspflichtige Leistungen

Die zu den folgenden Punkten aufgezählten Leistungen sind unter den angeführten Bedingungen bewilligungspflichtig:

1. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen ([2. Abschnitt](#))
 - a. logopädische Behandlung im Vertragsbereich ab der 11. Sitzung, im Wahlbereich ab der 1. Sitzung ([Punkt 13](#))
 - b. Ergotherapie ([Punkt 14](#))
 - c. Physiotherapie ([Punkt 12](#))
 - d. Psychotherapeutische Behandlung ab der 11. Sitzung ([Punkte 15 und 16](#)), sofern in den letzten drei Jahren keine Psychotherapie in Anspruch genommen wurde; bei Inanspruchnahme einer Psychotherapie innerhalb der letzten drei Jahre ist vor Beginn der Behandlung eine Bewilligung durch die KFA einzuholen

- e. PET-CT ([Punkt 4 Abs. 1](#) und [Punkt 5 Abs. 1 Z 1 und Z 5](#))
- f. Ultraschall-, CT- und Röntgen-gezielte Infiltrationen ([Punkt 4 Abs. 1](#) und [Punkt 5 Abs. 1 Z 1 und Z 5](#))
- g. Knochendichtemessung bei Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben ([Punkt 4 Abs. 1](#) und [Punkt 5 Abs. 1 Z 4](#))
- h. Nuklearmedizinische Untersuchung sofern sie nicht in einem Vertragskrankenhaus durchgeführt wird ([Punkt 4 Abs. 1](#) und [Punkt 5 Abs. 1 Z 6](#))
- i. Stoßwellentherapie (ausgenommen Nieren- und Gallensteinbehandlungen) ([Punkt 4 Abs. 1](#) und [Punkt 5 Abs. 1](#))
- j. Lasertherapie
- k. Kosmetische Behandlungen
- l. Trichloressigsäurenbehandlungen durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Frauenheilkunde (Gynäkologie)
- m. Immunologische Leistungen
- n. Genetische Beratung und genetische Diagnostik
- o. Geschlechtsumwandlung
- p. Heparininduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapherese-Therapie (HELP-Therapie)
- q. Liposuction bei Lipödem
- r. Methoden die die Fertilisation unterstützen
- s. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- t. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung
- u. Geplante Behandlung oder Untersuchung im Ausland ([Punkt 3](#))
- v. Besondere Laboruntersuchungen, die nicht in der Honorarordnung für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte angeführt sind
- w. Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard

2. Heilmittel

alle Arzneien und sonstige Mittel, die nicht nach dem Heilmittelverzeichnis (§ 30b Abs. 1 Z 4 ASVG) frei verschreibbar sind ([Punkt 17 Abs. 3](#))

3. Heilbehelfe und Hilfsmittel ([Punkt 19](#))

- a. Augenprothese
- b. Badewannenbrett, Badewannenlifter
- c. Bandagen, Verbandsmaterial, Wundverschlussystem
- d. Betteinlagen, Bettbeutel, Bettgalgen
- e. Inkontinenzartikel, sofern diese den Quartalsbedarf überschreiten, Bettnässer-Alarmsystem
- f. Blutdruckmessgeräte

- g. Mess- und Therapiegeräte für Diabetesbehandlung (z.B. Blutzuckermessgerät, Lanzetten, CGS-Systeme, Insulinpumpen und Messstreifen)
 - h. Trifokalbrillen, Kontaktlinsen, geschliffene Farbgläser, Sonnenschutzbrillen und Vorhänger, Lupenbrillen, Lesegeräte, Kantenfilterbrillen
 - i. Krankenbett, Dekubitusmatratzen, Transferbrett
 - j. Hörapparat
 - k. Kompressionsstrümpfe und -hose, sofern es sich um Maßanfertigungen handelt
 - l. Krankenfahrstuhl sowie Dusch- und Toilettenstuhl
 - m. Körperersatzstücke (Prothesen)
 - n. tragbare Defibrillationswesten
 - o. Milchpumpen-Leihgeräte, sofern deren Verwendung über drei Monate hinaus erfolgt
 - p. Orthopädischer Schuh einschließlich Ausgestaltung, Adaptierung eines Konfektionsschuhes
 - q. Patientenlifter
 - r. Perücken bei Haarverlust durch eine Erkrankung
 - s. Pulsoximeter
 - t. Rollstuhl
 - u. Sauerstofftherapie bei manifesten Lungenerkrankungen
 - v. Schienen inkl. Motorschienen
 - w. Systeme zur Sekretmobilisation („Hustenassistent“)
 - x. Systeme zur Behandlung der Schlafapnoe
 - y. TENS-Gerät
 - z. Toilettensitzerhöhung, Toilettenstützgestell, Zimmertoilette
4. Anstaltspflege
- Aufnahme in einer Krankenanstalt im Fall einer Leistung im Sinne des Anhangs, Punkt 3 Z 1 lit j, k, l, p oder r
5. Medizinische Hauskrankenpflege ([Punkt 21](#))
6. Erweiterte Heilfürsorge ([Punkt 30](#))
7. Maßnahmen der Rehabilitation ([Punkte 31](#) und [32](#))
- Alle Maßnahmen einschließlich der aus diesem Titeln beantragten Heilbehelfe und Hilfsmittel, auch wenn sie nicht im Anhang, Punkt 3 Ziffer 3 genannt sind.
8. Transporte ([Punkte 33](#) und [34](#))
- a. Flugtransporte mit Ausnahme von Transporten der Ersten Hilfe
 - b. Krankentransport mit Ausnahme von Transporten der Ersten Hilfe
 - c. Krankentransporte bei einer Serienbehandlung (ausgenommen zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie)