

# KRANKENORDUNG



Stand (3/14)

# Inhaltsverzeichnis

Seite

## **Abschnitt A**

### **Allgemeiner Teil**

§ 1	Inhalt und Verbindlichkeit . . . . .	5
§ 2	Gleichstellung der Geschlechter. . . . .	5
§ 3	Ziel der Krankenordnung . . . . .	5

## **Abschnitt B**

### **Gemeinsame Bestimmungen**

§ 4	Geltendmachung von Leistungen . . . . .	5
§ 5	Einbringen von Leistungsanträgen . . . . .	6
§ 6	Verhalten im Erkrankungsfall . . . . .	7
§ 7	Melde- und Auskunftspflicht sowie Verhalten bei Unfällen, Berufskrankheiten und einer Dienstbeschädigung. . . . .	7
§ 8	Nachweis der Anspruchsberechtigung und der Rezeptgebührenbefreiung. . . . .	9

## **Abschnitt C**

### **Besonderer Teil**

#### **1. Unterabschnitt**

#### **Ärztliche Hilfe**

§ 9	Ärztliche Hilfe. . . . .	10
§ 10	Ausstellung der e-card. . . . .	11
§ 11	Verwendung der e-card . . . . .	12
§ 12	Meldepflicht im Zusammenhang mit der e-card . . . .	13

§ 13	Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein . . . . .	13
§ 14	Arztwechsel . . . . .	14
§ 15	Behandlung in der Ordination . . . . .	15
§ 16	Ärztliche Krankenbesuche . . . . .	15
§ 17	Krankentransporte. . . . .	16

## **2. Unterabschnitt**

### ***Der ärztlichen Hilfe gleich gestellte Leistungen***

§ 18	Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung . . .	16
§ 19	Physiotherapie und Leistungen eines Heilmassieurs. . .	17
§ 20	Ergotherapie . . . . .	17
§ 21	Psychotherapie durch Psychotherapeuten. . . . .	18
§ 22	Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen. . .	18

## **3. Unterabschnitt**

### ***Zahnbehandlung und Zahnersatz***

§ 23	Zahnbehandlung und Zahnersatz. . . . .	19
------	--	----

## **4. Unterabschnitt**

### ***Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel***

§ 24	Heilmittel . . . . .	20
§ 25	Heilbehelfe und Hilfsmittel . . . . .	22

## **5. Unterabschnitt**

### ***Kostenzuschuss bei Leistungen der Krankenbehandlung***

§ 26	Allgemeine Bestimmungen zu Kostenzuschüssen . . .	23
§ 27	Kostenzuschuss bei Wahlarzthilfe. . . . .	25
§ 28	Kostenzuschuss für die Behandlung durch Wahlzahnärzte, Wahldentisten und Wahlleinrichtungen . . . . .	26

§ 29	Kostenzuschuss für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind . . . . .	27
§ 30	Kostenzuschuss für durch Wahlärzte abgegebene Heilmittel. . . . .	27
§ 31	Kostenzuschuss für Heilbehelfe und Hilfsmittel. . . . .	27
§ 32	Kostenzuschuss für durch Leistungsanspruchnahme bedingte Fahrten und Transporte . . . . .	28

## **6. Unterabschnitt**

### **Anstaltspflege**

§ 33	Anstaltspflege in Vertragskrankenanstalten . . . . .	28
§ 34	Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über einen Fonds finanziert wird. . . . .	29

## **7. Unterabschnitt**

### **Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

§ 35	Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit . . . . .	29
------	--	----

## **8. Unterabschnitt**

### **Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

§ 36	Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand, Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel sowie Anstaltspflege (Aufenthalt in einem Entbindungsheim). . . . .	30
§ 37	Mutterschaftsbetriebshilfe und Wochengeld . . . . .	30

## **9. Unterabschnitt**

### **Erkrankung außerhalb des Wohnortes**

§ 38	Durchführung von Behandlungen bei einem Aufenthalt im Inland . . . . .	30
§ 39	Durchführung von Behandlungen bei einem Aufenthalt im Ausland. . . . .	31

## **Abschnitt D**

### **Verfahrensbestimmungen**

§ 40	Vorherige chefärztliche Bewilligung . . . . .	32
§ 41	Soziale Rechtsanwendung . . . . .	33

## **Abschnitt E**

### **Schlussbestimmungen**

§ 42	Wirksamkeitsbeginn . . . . .	33
§ 43	Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung . . . . .	34

<b>Anhang 1</b>	. . . . .	35
-----------------	-----------	----

# **Abschnitt A**

## **Allgemeiner Teil**

### **Inhalt und Verbindlichkeit**

§ 1. (1) Die Krankenordnung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (im Folgenden Anstalt genannt) ergeht aufgrund § 214 Bauernsozialversicherungsgesetz (BSVG).

(2) Sie regelt insbesondere das Verhalten der Versicherten und Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken.

(3) Die Krankenordnung ist für alle in Abs. 2 genannten Personen (im Folgenden Anspruchsberechtigte genannt) verbindlich.

### **Gleichstellung der Geschlechter**

§ 2. Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

### **Ziel der Krankenordnung**

§ 3. Die Krankenordnung verfolgt das Ziel, dem Anspruchsberechtigten einen geordneten Zugang zu den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen der Krankenversicherung zu ermöglichen sowie deren Erbringung sicherzustellen.

# **Abschnitt B**

## **Gemeinsame Bestimmungen**

### **Geltendmachung von Leistungen**

§ 4. (1) Neben dem Versicherten, seinem gesetzlichen Vertreter oder einem zur einschlägigen Vertretung bestellten Sachwalter kann in

den nachstehenden Fällen ein Leistungsantrag auch von einem Angehörigen gemäß § 78 Abs. 2, 4 und 7 BSVG, seinem gesetzlichen Vertreter oder einem zur einschlägigen Vertretung bestellten Sachwalter gestellt werden:

1. bei Vorliegen einer Teilung der Pensionsauszahlung gemäß § 71 Abs. 4 BSVG;
2. bei Verweigerung der Antragstellung durch den Versicherten ohne triftigen Grund;
3. bei Bevollmächtigung durch den Versicherten.

(2) Im Falle einer Antragsverweigerung durch den Versicherten erhalten die davon betroffenen anspruchsberechtigten Angehörigen von der Anstalt unter der Voraussetzung der Glaubhaftmachung der Antragsverweigerung einen auf ihren Namen lautenden Berechtigungsschein. In Vollmachtsfällen erhalten anspruchsberechtigte Angehörige von der Anstalt einen ebensolchen Berechtigungsschein nach Vorlage einer schriftlich erteilten, vom Versicherten unterfertigten, nicht auf einzelne Leistungsbereiche der Krankenversicherung eingeschränkten Vollmacht.

## **Einbringen von Leistungsanträgen**

**§ 5.** (1) Soweit eine Bewilligung durch die Anstalt nicht erforderlich ist, gilt bei einer mit einem Vertragspartner vereinbarten direkten Verrechnung der Kosten (Sachleistung) die gegenüber dem Vertragspartner erfolgende Vorlage der für die Leistungsanspruchnahme erforderlichen Nachweise und Unterlagen als Leistungsantrag.

(2) Bei einem Bewilligungserfordernis bzw. bei einer fehlenden Vereinbarung über eine direkte Verrechnung der Kosten sowie bei einer nicht vertraglichen Inanspruchnahme einer Leistung ist ein eigener Leistungsantrag einzubringen.

(3) Leistungsanträge sind bei der nach dem Wohnsitz des Versicherten im Inland, bzw. bei Fehlen eines solchen, bei dem nach dem Standort des (ehemaligen) Betriebes zuständigen Regionalbüro der Anstalt (im Folgenden Regionalbüro genannt) einzubringen; dies gilt auch für Meldungen im Zusammenhang mit Leistungssachen.

## **Verhalten im Erkrankungsfall**

**§ 6.** (1) Die Anspruchsberechtigten haben an der Wiedererlangung der Gesundheit mitzuwirken und alles zu unterlassen, was die Heilung bzw. Gesundung hindert oder das Leiden verschlimmert. Insbesondere ist die Verrichtung von Erwerbsarbeiten während der Arbeitsunfähigkeit nach Möglichkeit hintanzuhalten.

(2) Die Anspruchsberechtigten sind grundsätzlich angehalten, sich bei der Leistungsinanspruchnahme der Vertragspartner der Anstalt zu bedienen. Sie sind weiters angehalten, sich bei der Anstalt über den nächsterreichbaren Vertragspartner bzw. über die nächstgelegene Vertragseinrichtung zu erkundigen, wenn ihnen solche namentlich nicht bekannt sind.

(3) Die Anordnungen des behandelnden Arztes sind zu befolgen. Ebenso ist den vom ärztlichen Dienst der Anstalt getroffenen Anordnungen nachzukommen.

## **Melde- und Auskunftspflicht sowie Verhalten bei Unfällen, Berufskrankheiten und einer Dienstbeschädigung**

**§ 7.** (1) Die Anspruchsberechtigten haben alle für den Bezug der Leistungen relevanten Änderungen längstens binnen 2 Wochen der Anstalt zu melden.

(2) Die Anspruchsberechtigten sind unbeschadet Abs. 4 verpflichtet, der Anstalt über alle Umstände, die für das Versicherungsverhältnis, für Leistungen der Anstalt oder für Rückforderungsansprüche der Anstalt von Bedeutung sind, wahrheitsgemäß Auskunft zu geben und bei einer Überprüfung mitzuwirken.

(3) Diese Auskunftspflicht gemäß Abs. 2 besteht auch gegenüber jenen Mitarbeitern der Anstalt, die im Außendienst tätig sind (z.B. bei Krankenbesuchen, in der Rehabilitationsberatung, im Rahmen der Vertragspartnerkontrolle) und sich entsprechend ausweisen.

(4) Ist eine Krankheit auf einen Arbeitsunfall oder auf eine Berufskrankheit zurückzuführen, sind die näheren Umstände dem behandelnden Arzt (der Behandlungsstelle) bekannt zu geben. Die Anspruchsberechtigten haben die Anstalt von einem Unfall oder einer Berufskrankheit längstens binnen 5 Tagen zu unterrichten, wenn eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zu erwarten ist.



(5) Der Anspruchsberechtigte ist zu einer Meldung im Sinne des Abs. 1 auch verpflichtet und hat die näheren Umstände dem behandelnden Arzt (der Behandlungsstelle) bekannt zu geben, wenn

1. ihm die Krankheit oder Verletzung
    - durch fremdes Verschulden,
    - bei einem Unfall (insbesondere bei einem Verkehrsunfall),zugefügt wird oder
  2. er beim Eintritt der Verletzungen unter Einfluss alkoholischer Getränke oder Suchtgifte stand oder
  3. die Krankheit oder Verletzung auf
    - a) die Folgen eines früheren Arbeitsunfalles oder einer früheren Berufskrankheit,
    - b) eine Dienstbeschädigung nach dem
      - Kriegsopferversorgungsgesetz - KOVG, z.B. Kriegsverletzungen,
      - Heeresversorgungsgesetz - HVG, z.B. Verletzungen im Präsenzdienst oder bei Waffenübungen,
      - Strafvollzugsgesetz - StVG, z.B. beim Unfall eines Strafgefangenen,
    - c) eine Gesundheitsschädigung nach dem
      - Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen,
      - Impfschadengesetz oder
      - Opferfürsorgegesetz, z.B. durch Lageraufenthalte,
- zurückzuführen ist.

(6) Der Anspruchsberechtigte ist im Rahmen eines Leistungsantrages zu einer Meldung im Sinne des Absatzes 1 weiters verpflichtet, wenn die Behandlung wegen einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit erfolgt ist.

(7) Die Anzeigepflicht nach Abs. 4 und 5 wird durch eine allenfalls nach den zitierten Gesetzen bestehende besondere Meldepflicht nicht berührt.

(8) Der Anspruchsberechtigte hat einen von der Anstalt zugesandten Erhebungsbogen wahrheitsgemäß auszufüllen und längstens innerhalb von 14 Tagen zurückzuschicken.

## **Nachweis der Anspruchsberechtigung und der Rezeptgebührenbefreiung**

§ 8. (1) Die Anspruchsberechtigung ist gegenüber dem Vertragsarzt und den übrigen Vertragspartnern grundsätzlich vor Inanspruchnahme der Leistung nachzuweisen. Erst durch den erfolgten Nachweis ist eine vertragliche Inanspruchnahme der Leistungen gesichert.

(2) Der Nachweis der Anspruchsberechtigung erfolgt

1. bei Vertragspartnern, die am e-card System teilnehmen, durch Verwendung der im Rahmen des ELSY zu verwendenden Chipkarte insbesondere der e-card (der Besitz der e-card allein ist weder ein Nachweis für ein bestehendes Versicherungsverhältnis noch für eine etwaige Anspruchsberechtigung) oder einer Bürgerkarte nach § 4 E-Government-Gesetz;
2. bei Inanspruchnahme anderer Vertragspartner durch Vorweisen
  - a) der letzten Beitragsvorschreibung der Anstalt, die im Feld „Krankenversicherung“ einen Betrag aufweist, oder
  - b) des letzten Pensionsauszahlungs(überweisungs)beleges, auf dem der Vermerk „KV“ angebracht ist, oder
  - c) des von der Anstalt ausgestellten gesonderten Berechtigungsnachweises (§ 4 Abs. 2).

(3) Kann bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes die e-card nicht vorgelegt werden, ist diese längstens innerhalb von 14 Tagen nachzubringen. Soweit vertraglich vorgesehen, ist auf Verlangen des Vertragsarztes ein Erlag für die erbrachte Behandlung zu leisten.

(4) Die Befreiung von der Rezeptgebühr beim Bezug von Heilmitteln (§ 24) und die Befreiung von der Kostenbeteiligung beim Bezug von Heilbehelfen und Hilfsmitteln (§ 25) ist durch Vorlage der letzten Beitragsvorschreibung (Abs. 2 Z 2 lit.a) oder des letzten mit dem Vermerk „REZEPTGEBÜHRENBEFREIT“ versehenen Pensionsauszahlungs(überweisungs)beleges (Abs. 2 Z 2 lit.b) oder einer von der Anstalt hierfür ausgestellten gesonderten Berechtigung über die Befreiung von der Rezeptgebühr nachzuweisen, soweit nicht bereits die Nachweisführung durch Verwendung der e-card erfolgt ist. Der Nach-

weis ist sowohl gegenüber dem behandelnden bzw. verordnenden Arzt als auch gegenüber dem abgebenden Vertragspartner unaufgefordert zu führen.

## **Abschnitt C**

### ***Besonderer Teil***

#### ***1. Unterabschnitt***

#### ***Ärztliche Hilfe***

#### **Ärztliche Hilfe**

§ 9. (1) Die Anstalt erbringt ärztliche Hilfe

1. durch Vertragsärzte,
2. in Eigenen Einrichtungen (z.B. Ambulatorien),
3. in Vertragseinrichtungen,
4. durch Wahlärzte oder
5. in Wahleinrichtungen.

(2) Die Behandlung durch einen an einer Vertrags-Gruppenpraxis beteiligten Arzt ist der Behandlung durch einen Vertragsarzt ebenso gleichzuhalten wie die Behandlung durch einen beteiligten Arzt einer Wahl-Gruppenpraxis der Behandlung durch einen Wahlarzt.

(3) Ärztliche Hilfe wird bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten, Eigenen Einrichtungen und Vertragseinrichtungen ausschließlich als Sachleistung erbracht. Vor der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Vertragsärzte, bzw. durch Vertragseinrichtungen, deren Rechtsträger Sozialversicherungsträger sind, hat der Anspruchsberechtigte dem Arzt bzw. der Einrichtung eine Behandlungsberechtigung (e-card, Überweisungs- oder Zuweisungsschein) zu übergeben. Der Anspruchsberechtigte hat dem Vertragspartner gegenüber auf dessen Verlangen seine Identität nachzuweisen.

(4) Wahlarzt ist jeder freiberuflich tätige Arzt, der mit der Anstalt keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 3) abgeschlossen hat. Wahleinrichtung ist eine behördlich bewilligte Einrichtung, die mit der Anstalt keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung abgeschlossen hat.

(5) Bei ärztlicher Hilfe durch einen Wahlarzt oder eine Wahlleinrichtung werden die Kosten, die dem Anspruchsberechtigten für die Leistung erwachsen sind, nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß erstattet. Verordnungen und Zuweisungen von Wahlärzten (Wahlleinrichtungen) sind nach einer Bewilligung durch die Anstalt im Einzelfall den von den Vertragspartnern (Vertragseinrichtungen) ausgestellten Verordnungen bzw. Zuweisungen gleichgestellt.

(6) In einem Kalendervierteljahr können, ausgenommen die Fälle, in denen nach § 14 etwas anderes bestimmt ist, nicht

- mehrere Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder
- mehrere Vertragsfachärzte des gleichen Fachgebietes (ausgenommen Vertragszahnbehandler)

auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden, wobei eine Behandlung in einer Eigenen Einrichtung eines Versicherungsträgers (Gesundheitszentrum, Ambulatorium, etc.) der Behandlung durch einen Facharzt der jeweiligen Facharztsparte gleichzuhalten ist.

### **Ausstellung der e-card**

**§ 10.** (1) Die e-card wird ohne Antrag ausschließlich durch die Krankenversicherungsträger für alle Versicherten und anspruchsberechtigten Personen ausgestellt. Bei mehreren zuständigen Krankenversicherungsträgern wird die e-card von dem Träger ausgestellt, der nach einer ausschließlich dem Versand dienenden Rangfolge in Frage kommt. Diese Rangfolge hat keinen Einfluss auf Bestand und Umfang von Ansprüchen gegen einen Krankenversicherungsträger.

(2) Die e-card wird ohne zeitliche Gültigkeitsbegrenzung ausgestellt. Ein Wechsel zwischen Krankenversicherungsträgern hat keinen Einfluss auf die Verwendbarkeit der e-card.

(3) Die e-card muss bei Trägerwechsel nicht getauscht und bei Anspruchsende nicht zurückgegeben werden. Sie verbleibt jedoch im Eigentum des ausstellenden Krankenversicherungsträgers und ist sorgfältig zu behandeln. Die Anstalt hat das Recht, eine e-card durch eine neue e-card zu ersetzen. Ersatz für Daten und andere Speicherungen auf der e-card wird nicht geleistet. Eintragungen auf der e-card, der EKVK oder den jeweiligen Ersatzbescheinigungen dürfen ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers nicht verändert werden.

- (4) Die e-card darf im Allgemeinen nur zur Behandlung
- a) durch einen Arzt für Allgemeinmedizin,
  - b) durch einen Facharzt entsprechend seiner Fachgruppe oder
  - c) durch eine Krankenhausambulanz bzw. eine Ambulanz eines Versicherungsträgers

verwendet werden.

(5) Überweisungs(Zuweisungs-)scheine sind innerhalb von 4 Wochen unter Voraussetzung der Vorlage der e-card einzulösen. Sie sind unter der Voraussetzung des Beginns der zugewiesenen Behandlung innerhalb dieser Frist bis zum Ende des Quartals gültig, in dem die Behandlung begonnen wurde. Ist ein Behandlungsbeginn aus Gründen, die nicht der Versicherte zu vertreten hat, nicht vor Fristablauf möglich, kann der Überweisungs(Zuweisungs-)schein nach Einholung der Zustimmung der Anstalt verwendet werden.

(6) Bei einem Versicherungsende (Ende der Versicherungszugehörigkeit zur Anstalt) wird der Überweisungs( Zuweisungs-)schein sofort ungültig.

## **Verwendung der e-card**

**§ 11.** (1) Die Leistungsanspruchnahme hat ausschließlich durch den namentlich genannten Inhaber der e-card zu erfolgen. Die Vorlage der e-card durch den anspruchsberechtigten Angehörigen kommt der Leistungsanspruchnahme durch den Versicherten gleich. Die e-card darf nicht in der Behandlungsstelle hinterlegt werden. Sie darf auch nicht einer anderen Person überlassen werden.

(2) Für ärztliche Leistungen, die nicht zur gesetzlichen Leistungsverpflichtung der Krankenversicherung gehören, wie beispielsweise

- Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind,
- Sportuntersuchungen, Befreiungen vom Turnunterricht oder vom Schikurs,
- medizinische Befunde über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit bzw. die Notwendigkeit eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes,
- Untersuchungen und Befundungen im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Vertrages mit einer privaten Krankenversicherung, oder
- Impfungen für Auslandsreisen

darf die e-card nicht verwendet werden. Für solche Leistungen übernimmt die Anstalt keine Kosten.

### **Meldepflicht im Zusammenhang mit der e-card**

**§ 12.** (1) Der Versicherte ist verpflichtet, jede Änderung seiner Personaldaten oder der seiner Angehörigen bzw. in den für den Fortbestand der Anspruchsberechtigung maßgeblichen Verhältnissen unverzüglich der Anstalt mitzuteilen.

(2) Der Anspruchsberechtigte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass die e-card in allen optisch lesbaren Teilen richtig ausgestellt ist. Fehler (z.B. bei der Namensschreibweise, bei Namenswechsel oder bei der Angabe der Versicherungsnummer) und Unstimmigkeiten sind unverzüglich der Anstalt mitzuteilen, die die Ausstellung einer berichtigten e-card veranlasst. Es liegt kein Fehler in der Namensschreibweise vor, wenn Abweichungen auf die Zeichensätze oder Datenfeldlängen zurückzuführen sind.

(3) Vom Verlust einer e-card ist die Anstalt unverzüglich zu benachrichtigen. Bei Verlust oder Beschädigung von e-cards, die auf einen auffallend sorglosen Umgang zurückzuführen sind, hat der Versicherte für die Neuausstellung einen Ersatz im Ausmaß von EUR 5,00 zu leisten.

### **Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein**

**§ 13.** (1) Ein Überweisungs(Zuweisungs-)schein wird in der Regel von einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zur weiteren Behandlung oder Abklärung aus dem selben Versicherungsfall ausgestellt.

(2) Folgende Vertragspartner können grundsätzlich nicht mit der e-card allein, sondern nur gemeinsam mit einem Überweisungs(Zuweisungs-)schein in Anspruch genommen werden:

- a) Vertragsfachärzte für Radiologie,
- b) Vertragsfachärzte für Labordiagnostik,
- c) Vertragseinrichtungen für physikalische Therapie,
- d) Vertragseinrichtungen für logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen,
- e) Vertragspsychologen,
- f) sonstige Vertragsfachärzte und Vertragseinrichtungen, soweit eine Über(Zu-)weisung vertraglich vorgesehen ist.

Bei der Inanspruchnahme von Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. sonstigen Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen im Rahmen des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes ersetzt das Einladungsschreiben die Zuweisung zum Facharzt/zur Fachärztin für Radiologie.

(3) Der Anspruchsberechtigte hat sich vor der Verwendung des Überweisungs(Zuweisungs)scheines zu überzeugen, ob die Versicherungsnummern des Patienten und des Versicherten angeführt sind und alle anderen Personaldaten, die auf dem Überweisungs(Zuweisungs)schein vorgesehen sind, richtig und vollständig eingetragen sind. Fehlerhafte bzw. unvollständige Personaldaten sind vom Anspruchsberechtigten vor der Verwendung des Überweisungs(Zuweisungs)scheines zu berichtigen bzw. zu ergänzen.

## **Arztwechsel**

**§ 14.** (1) Der behandelnde Vertragsarzt für Allgemeinmedizin darf innerhalb eines Kalendervierteljahres ausgenommen Abs. 3 nur mit Zustimmung der Anstalt gewechselt werden. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Arztwechsel darauf zurückzuführen ist, dass

- a) der Arzt von seinem Recht, die Behandlung zu verweigern, Gebrauch macht, oder
- b) der Patient aus gerechtfertigten Gründen die weitere Behandlung durch den bisherigen Arzt ablehnt.

(2) Abs. 1 gilt sinngemäß, wenn innerhalb eines Kalendervierteljahres zusätzlich zur erfolgten Behandlung durch einen Vertragsfacharzt die Behandlung durch einen anderen Vertragsfacharzt des gleichen Faches beabsichtigt wird.

(3) Ein Arztwechsel und die damit begründete neuerliche Verwendung der e-card ist während eines Kalendervierteljahres zulässig,

1. wenn der bisher behandelnde Vertragsarzt
  - a) wegen Übersiedlung des Patienten oder
  - b) wegen Ordinationsverlegung des Vertragsarztes nicht weiterhin der nächsterreichbare Vertragsarzt ist;
2. bei Verhinderung des behandelnden Vertragsarztes durch Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen, sofern eine Vertretung nicht zur Verfügung steht;
3. nach dem Ende des Vertrages mit dem bisher behandelnden Arzt.

(4) In anderen als in Abs. 3 genannten Fällen hat der Anspruchsberechtigte vor dem Arztwechsel die Zustimmung zum Wechsel einzuholen. Die Zustimmung setzt die Glaubhaftmachung schwerwiegender Gründe voraus, die auch objektiv einen Arztwechsel rechtfertigen.

## **Behandlung in der Ordination**

**§ 15.** Der Anspruchsberechtigte hat sich für eine Behandlung an die Ordinationszeit des Vertragsarztes zu halten. Eine Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Ordinationszeit, insbesondere während der Nacht, ist nur in dringenden Fällen (z.B. Erste Hilfeleistung) zulässig. Die Inanspruchnahme eines zum Sonn- und Feiertagsdienst bzw. Wochenenddienst eingeteilten Arztes ist gleichfalls nur in dringenden Fällen zulässig.

## **Ärztliche Krankenbesuche**

**§ 16.** (1) Zu einem Krankenbesuch darf ein Vertragsarzt nur gerufen werden, wenn der Anspruchsberechtigte wegen seines Krankheitszustandes außerstande ist, den Arzt in der Ordination aufzusuchen.

(2) Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche rechtzeitig beim Vertragsarzt anzu-melden.

(3) Ein zum Sonn- und Feiertagsdienst bzw. Wochenenddienst eingeteilter Arzt darf nur in dringenden Fällen zu einem Krankenbesuch gerufen werden.

(4) Zu Krankenbesuchen ist grundsätzlich der nächsterreichbare Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu rufen. Bei Inanspruchnahme eines entfernter wohnenden Vertragsarztes für Allgemeinmedizin hat der Anspruchsberechtigte die Mehrkosten an Wegegebühren grundsätzlich selbst zu tragen.

(5) Ein Vertragsfacharzt darf nur dann zu einem Krankenbesuch gerufen werden, wenn der Anspruchsberechtigte infolge der von ihm behandelten Krankheit

- a) bettlägerig wird und
- b) am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes - ein Umkreis vom 10 km gerechnet von der Ordinationsstätte ist dem gleichzuhalten - wohnt.



## **Krankentransporte**

**§ 17.** (1) Kosten für Transporte zu ärztlichen Behandlungen und zur Anstaltspflege (Krankentransporte) werden nach Maßgabe der Anstaltssatzung nur bei Vorliegen eines ausreichend begründeten Transportauftrages eines Vertragsarztes von der Anstalt übernommen. Neben der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung muss der Transportauftrag das Vorliegen einer Gehunfähigkeit bzw. eines derselben gleichzuhaltenden Sachverhaltes gemäß § 16 Abs. 4 der Anstaltssatzung bestätigen.

(2) Wird eine andere als die nächsterreichbare Behandlungsstelle in Anspruch genommen, erfolgt eine Beschränkung der Kostenübernahme auf die Entfernung zur nächsterreichbaren Behandlungsstelle, sofern die Behandlung bzw. Unterbringung in der weiter entfernt liegenden Behandlungsstelle im Transportauftrag vom anordnenden Vertragsarzt nicht glaubhaft medizinisch begründet wird.

(3) Der Krankentransport ist mit dem notwendigen Transportmittel vorzunehmen. Kosten für ein höherwertigeres Transportmittel werden nicht ersetzt, wenn die Verwendung eines geringwertigeren Transportmittels für den Krankentransport ausgereicht hätte.

(4) Kann wegen einer besonderen Dringlichkeit der Behandlung eine erforderliche Bewilligung der Anstalt (Anhang 1) nicht vor Durchführung des Krankentransportes eingeholt werden, ist die Bewilligung unverzüglich nachzuholen.

## **2. Unterabschnitt**

### ***Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen***

## **Logopädisch-phoniatriisch-audiologische Behandlung**

**§ 18.** (1) Logopädisch-phoniatriisch-audiologische Behandlungen sowie audiologische Untersuchungen können bei den Vertragspartnern (Eigenen Einrichtungen) der Anstalt, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch einen Vertragsarzt auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von jemandem durchgeführt, der zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Anstalt hat,

erbringt diese dem Anspruchsberechtigten einen Kostenzuschuss nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß, sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

## **Physiotherapie und Leistungen eines Heilmassieurs**

**§ 19.** (1) Physiotherapeutische Behandlungen bzw. Leistungen eines Heilmassieurs können bei den Vertragspartnern (Eigenen Einrichtungen) der Anstalt, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch

- einen Vertragsarzt oder
- eine Eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung)

auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden.

(2) Übersteigt der Umfang der Behandlung 24 Behandlungseinheiten oder 10 Sitzungen, ist die Verordnung vor Beginn der Behandlung der Anstalt zur Bewilligung vorzulegen.

(3) Wird die Behandlung von jemandem durchgeführt, der zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Anstalt hat, erbringt diese dem Anspruchsberechtigten einen Kostenzuschuss nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß, sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

## **Ergotherapie**

**§ 20.** (1) Ergotherapeutische Behandlungen können bei den Vertragspartnern (Eigenen Einrichtungen) der Anstalt, die zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch

- einen Vertragsarzt oder
- eine Eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung)

auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von jemandem durchgeführt, der zwar zur Behandlung berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Anstalt hat, erbringt diese dem Anspruchsberechtigten einen Kostenzuschuss nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß, sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

## **Psychotherapie durch Psychotherapeuten**

**§ 21.** (1) Die Anstalt leistet einen Zuschuss für die psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychotherapeuten nur dann, wenn

1. eine psychische Befindensstörung vorliegt, die als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne anzusehen ist;
2. der Psychotherapeut in der Psychotherapeutenliste eingetragen ist;
3. die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Sitzung einer psychotherapeutischen Behandlungsserie nachgewiesen werden kann.

(2) Die Originalhonorarnote muss unter Anderem folgende Angaben enthalten:

- a) Diagnose (ICD-Code),
- b) Behandlungsmethode,
- c) Anzahl der Behandlungen (Sitzungen),
- d) Angaben darüber, ob eine Einzel- oder Gruppenbehandlung(sitzung) erfolgte,
- e) Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen (Sitzungen).

(3) Der Anspruchsberechtigte hat der Anstalt jene Unterlagen vorzulegen, die diese benötigt, um feststellen zu können, dass eine psychische Befindensstörung mit Krankheitswert vorliegt. Sofern dies anderweitig nicht möglich ist, hat der Anspruchsberechtigte die entsprechenden Unterlagen vom Psychotherapeuten zu verlangen.

## **Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen**

**§ 22.** (1) Diagnostische psychologische Leistungen können bei den Vertragspartnern der Anstalt, die zu solchen Behandlungen berechtigt sind, über Verordnung (Zuweisung) durch einen

- a) Vertragsfacharzt für Neurologie (und Psychiatrie),
- b) Vertragsfacharzt für Psychiatrie (und Neurologie),
- c) Vertragsfacharzt für innere Medizin,
- d) Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
- e) Psychotherapeuten,
- f) Vertragspsychologen

auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Diagnostik von jemandem durchgeführt, der hierfür zwar berechtigt ist, aber keinen Vertrag mit der Anstalt hat, erbringt diese dem Anspruchsberechtigten einen Kostenzuschuss nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß, sofern eine ärztliche Verordnung nach Abs. 1 vorliegt.

### **3. Unterabschnitt**

#### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

#### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

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

- a) durch Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Vertragszahnärzte),
- b) durch Vertragsdentisten,
- c) in Vertragseinrichtungen,
- d) durch Wahlzahnärzte, Wahldentisten und Wahleinrichtungen.

(2) Anspruch auf Zahnbehandlung und Zahnersatz durch einen Vertragszahnarzt, einen Vertragsdentisten oder eine Eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) durch direkte Verrechnung der erbrachten Leistung zwischen Vertragspartner und Anstalt hat der Anspruchsberechtigte nur bei Verwendung der e-card. Dabei gelten die §§ 10 ff sinngemäß.

(3) Wahlzahnarzt (Wahldentist) ist jeder freiberuflich tätige Zahnarzt (Dentist), der mit der Anstalt keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat. Wahleinrichtung ist eine behördlich bewilligte Einrichtung, die mit der Anstalt keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen hat.

(4) Der Anspruchsberechtigte muss sich nach einer entsprechenden Aufforderung durch die Anstalt einer Vor- oder Nachbegutachtung durch einen von der Anstalt beauftragten Arzt unterziehen.

(5) Vor Beginn der Behandlung muss der Anspruchsberechtigte eine Bewilligung der Anstalt einholen, wenn

- a) eine kieferorthopädische Behandlung (Kieferregulierung) oder
- b) ein unentbehrlicher Zahnersatz

auf Rechnung der Anstalt in Anspruch genommen werden soll. Dies gilt auch für Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie für Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung nach den Bestimmungen der Satzung. Die Bewilligung wird ungültig, wenn die bewilligte Behandlung nicht innerhalb von drei Monaten begonnen wird. Die Anstalt kann, wenn besondere Gründe vorhanden sind, auf die vorherige Bewilligung verzichten.

(6) Wenn der Anspruchsberechtigte vor der Anfertigung einer Prothese eine Mundsanierung oder die sonstigen notwendigen Maßnahmen verweigert, übernimmt die Anstalt keine Kosten für die Prothese.

(7) Für folgende Zahnersätze wird eine Mindestgebrauchsdauer festgesetzt:

Dauerversorgungsprothesen . . . . .	.6 Jahre,
Kunststoffprothesen . . . . .	.4 Jahre,
Metallgerüstprothesen . . . . .	.6 Jahre,
Vollmetallkronen . . . . .	.6 Jahre,
Verblendmetallkronen . . . . .	.6 Jahre.

(8) Wird die Behandlung von einem Wahlzahnarzt, Wahlidentisten oder einer Wahleinrichtung durchgeführt, erbringt die Anstalt einen Kostenzuschuss nach Maßgabe der §§ 26 ff in einem durch die Anstaltssatzung vorgegebenen Ausmaß.

#### **4. Unterabschnitt**

##### ***Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel***

##### **Heilmittel**

**§ 24.** (1) Der Anspruchsberechtigte erhält die vom Vertragsarzt oder von einer verordnungsberechtigten Vertragseinrichtung auf dem bundeseinheitlichen Rezeptformular verordneten notwendigen Heilmittel auf Rechnung der Anstalt von öffentlichen Apotheken oder vom hausapothekenführenden Vertragsarzt.

(2) Arzneyspezialitäten und magistrale Verordnungen können nur dann auf Kosten der Anstalt abgegeben werden, wenn sie im Erstat-

tungskodex angeführt sind. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gibt ein Verzeichnis dieser Arzneyspezialitäten heraus (Erstattungskodex). In begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit aber auch dann gegeben, wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine Verschreibung von im Erstattungskodex gelisteten Heilmitteln nicht durchgeführt werden kann.

(3) Folgende Rezepte sind der Anstalt vom verordnenden Arzt vor der Verschreibung zur Genehmigung vorzulegen:

- Arzneien und magistrale Verordnungen aus dem roten Bereich;
- Arzneien und magistrale Verordnungen aus dem gelben Bereich, ausgenommen jene, für die die Bewilligung durch eine nachgehende Kontrolle der Dokumentation der bestimmten Verwendung ersetzt wurde;
- Arzneien und magistrale Verordnungen aus dem grünen Bereich, wenn Abgabebestimmungen nicht beachtet werden oder die frei verschreibbare Abgabemenge überschritten wird.

Hat der Vertragsarzt auf dem Rezept

- einen auf das Vorliegen von Lebensgefahr hindeutenden Vermerk (z. B. „per. vit.“) angebracht oder
- Verbandmaterialien mit einem Vermerk verordnet, aus dem hervorgeht, dass es sich um einen Fall von Erster Hilfe handelt,

muss vor der Verschreibung keine Genehmigung eingeholt werden, wenn das Heilmittel am Ausstellungstag des Kassenrezeptes oder am darauf folgenden Tag bezogen wird und nur die kleinste verfügbare Packung abgegeben wird bzw. die Abgabe in der kleinsten verfügbaren Menge vorgenommen wird.

(4) Die Heilmittel können auf Rechnung der Anstalt auch außerhalb der festgesetzten Öffnungszeiten einer Apotheke bezogen werden. Die Anstalt übernimmt die Zusatzgebühr aber nur dann, wenn dies nach den Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen vorgesehen ist.

(5) Das Rezept wird ungültig, wenn es nicht binnen eines Monats nach dem Ausstellungstag oder Tag der Bewilligung durch die Anstalt eingelöst wird.

(6) Für von Wahlärzten (Wahlzahnbehandlern, Wahleinrichtungen) verordnete, gemäß Abs. 3 genehmigungspflichtige Heilmittel werden die Kosten nur unter der Voraussetzung einer vorhergehenden Anerkennung des Rezeptes durch die Anstalt übernommen.

## **Heilbehelfe und Hilfsmittel**

**§ 25.** (1) Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden von den Vertragsärzten oder -einrichtungen verordnet bzw. von der Anstalt beauftragt. Der Verordnungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 4 Wochen nach dem Ausstellungstag oder nach dem Tag, an dem die Anstalt die Bewilligung erteilt hat, eingelöst wird.

(2) Für den Bezug von Heilbehelfen und Hilfsmitteln ist eine vorherige Bewilligung einzuholen, wenn für den Heilbehelf bzw. das Hilfsmittel eine Gebrauchsdauer (Abs. 6) festgelegt ist bzw. wenn in bundesweit für die Anstalt geltenden Verträgen eine Bewilligung vorgesehen ist. Bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln, für die keine vertragliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des Vertragslieferanten vorzulegen, wenn deren Kosten das Dreifache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 ASVG übersteigen. Weiters ist ein Kostenvoranschlag vorzulegen, wenn die Kosten einer Instandsetzung (Reparatur) das Dreifache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 ASVG oder 2/3 der Kosten einer Neuanschaffung überschreiten würden.

(3) Ist bei bestimmten Heilbehelfen oder Hilfsmitteln eine leihweise Beistellung durch die Anstalt vorgesehen, werden bei fehlender vorheriger Zustimmung der Anstalt für selbstbeschaffte Heilbehelfe oder Hilfsmittel keine Kosten ersetzt. Desgleichen werden bei fehlender vorheriger Zustimmung der Anstalt Kosten für selbstbeschaffte Heilbehelfen und Hilfsmitteln nicht ersetzt, wenn für diese Heilbehelfe und Hilfsmittel eine direkte Versorgung durch die Anstalt vorgesehen ist.

(4) Die Heilbehelfe und Hilfsmittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Bei nicht zweckentsprechender Verwendung oder bei schuldhafter Beschädigung übernimmt die Anstalt weder die Kosten der Instandsetzung noch die Kosten für eine Neuanschaffung.

(5) Leihweise dem Anspruchsberechtigten beigestellte Heilbehelfe oder Hilfsmittel sind nach Ablauf der Leihdauer in ordnungsgemäßem Zustand zurückzugeben. Für nicht zurückgestellte oder durch

unsachgemäße Behandlung beschädigte Heilbehelfe oder Hilfsmittel ist der Versicherte im Falle einer schuldhaften Verursachung ersatzpflichtig.

(6) Für die folgenden Heilbehelfe und Hilfsmittel wird eine Mindestgebrauchsdauer festgesetzt:

- für Krankenfahrräder . . . . . 10 Jahre,
- für Ober- und Unterschenkelprothesen . . . . . 6 Jahre,
- für Ober- und Unterarmprothesen . . . . . 5 Jahre,
- für Stützapparate der oberen und unteren Extremitäten . . 5 Jahre,
- für Stützapparate des Rumpfes . . . . . 4 Jahre,
- für Hörgeräte . . . . . 5 Jahre,
- für Kontaktlinsen . . . . . 2 Jahre,
- für orthopädische Schuhe oder Zurichtungen
  - a) bei erstmaliger Anschaffung, wenn zwei Paar Schuhe abwechselnd getragen werden, zusammen 2 Jahre,
  - b) in weiterer Folge . . . . . 1 Jahr,
  - c) für Kinder bis zu 14 Jahren . . . . . 1/2 Jahr,
- für Perücken. . . . . 2 Jahre.

(7) Vor Ablauf der im Abs. 6 festgesetzten Gebrauchsdauer erfolgt eine neuerliche Leistung des gleichen Heilbehelfes oder des gleichen Hilfsmittels nur dann, wenn dies aus besonderen Gründen und ohne ein Verschulden des Leistungserbringers notwendig geworden ist. In diesem Fall ist jedenfalls die vorherige Bewilligung einzuholen.

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

## **5. Unterabschnitt**

### ***Kostenzuschuss bei Leistungen der Krankenbehandlung***

#### **Allgemeine Bestimmungen zu Kostenzuschüssen**

§ 26. (1) Mit einem Antrag auf Kostenzuschuss muss der Anspruchsberechtigte der Anstalt den Originalrechnungsbeleg übergeben. Der



Leistungsantrag bzw. der Rechnungsbeleg muss unbeschadet der bei einzelnen Leistungen gegebenen speziellen Erfordernissen jedenfalls folgende Angaben enthalten:

1. Vor- und Familienname, Versicherungsnummer und Wohnanschrift des Patienten sowie des Versicherten, wenn dieser nicht selbst Patient ist,
2. die Zahlungsbestätigung; statt dessen kann auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) im Original übergeben werden;
3. das Ausstellungsdatum;
4. das Behandlungsdatum (der Behandlungszeitraum) bzw. das Abgabedatum;
5. die Unterschrift des Anspruchsberechtigten bzw. dessen Bevollmächtigten (§ 4).

(2) Der Anspruchsberechtigte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die im Leistungsantrag bzw. am Rechnungsbeleg angeführten Leistungen erbracht worden sind und nimmt damit zur Kenntnis, dass die laut Rechnungsbeleg erbrachten Leistungen als Grundlage für die Bemessung des Kostenzuschusses dienen.

(3) Bei der Ermittlung des Kostenzuschusses gilt als entsprechende/r Vertragspartner/Vertragspartnerin jene/r, der/die insbesondere der gleichen medizinischen Berufsgruppe und Organisationsform wie der/die Leistungserbringer/Leistungserbringerin (Wahlarzt/Wahlärztin, Wahl Einrichtung, Wahlbehandler/Wahlbehandlerin) zugehörig ist und der/die zumindest die gleichen Ausbildungs- und sonstigen Qualifikationserfordernisse (praktische Behandlungserfahrung, Ordinationsausstattung, etc.) besitzt, wie sie für Vertragspartner/ Vertragspartnerinnen vereinbart und in Verträgen nach § 338 Abs 1 letzter Satz ASVG veröffentlicht sind. Die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z. B. Ausbildungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z. B. Limitierungen) Hinsicht werden entsprechend angewandt.

(4) Der Anspruchsberechtigte hat die für eine Beurteilung des Anspruches erforderlichen Unterlagen beizubringen und einer allfälligen Aufforderung der Anstalt zu einer Vor- bzw. Nachbegutachtung nachkommen, wenn eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit bzw. des notwendigen Umfangs der erbrachten Leistungen für die Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlich ist, widrigenfalls der Anspruch auf Kostenzuschuss verloren geht.

(5) Der/die Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, die Bankleitzahl des Bankinstitutes (BIC) sowie die Nummer des Kontos (IBAN), auf das die Anweisung vorzunehmen ist, bekannt zu geben bzw. bei Änderung der Zahlungsadresse dies umgehend zu melden. Die Auszahlung des Kostenzuschusses erfolgt erst nach Bekanntgabe der Bankverbindung.

(6) Ein Kostenzuschuss wird nur erbracht, wenn im betreffenden Abrechnungszeitraum (z.B. Quartal) nicht bereits ein entsprechender Vertragsarzt, eine entsprechende Vertragseinrichtung oder ein sonst entsprechender Vertragspartner in Anspruch genommen worden ist. In einem solchen Fall besteht ein Anspruch auf Auszahlung des Kostenzuschusses erst 6 Wochen nach Ablauf des Abrechnungszeitraumes (Quartal).

(7) Ein Kostenzuschuss gebührt nicht, wenn eine erforderliche Bewilligung der Anstalt nicht eingeholt worden ist. Eine unterbliebene Vorbewilligung kann aber nachgesehen werden, wenn die Unterlassung auf Umstände zurückzuführen ist, die nicht in der Person des Anspruchsberechtigten lagen und die in Anspruch genommene Leistung bei vorheriger Antragstellung aus medizinischen Gründen zu bewilligen gewesen wäre.

(8) Ein Kostenzuschuss gebührt weiters nicht, wenn der Anspruchsberechtigte einen Vertragsarzt (eine Vertragseinrichtung, einen anderen Vertragspartner) wie einen Wahlarzt oder eine Wahleinrichtung in Anspruch genommen hat.

### **Kostenzuschuss bei Wahlarzthilfe**

§ 27. (1) Über die in § 26 Abs. 1 angeführten Erfordernisse und Inhalte hinaus muss die Honorarnote folgende Angaben enthalten:

1. genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen, und zwar
  - a) die Diagnose und Therapie,
  - b) die Zahl der Ordinationen, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- und Feiertagsordinationen und
  - c) bei Sonn- und Feiertagsordinationen sowie Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
  - d) die Sonderleistungen;
2. das Datum, an dem die einzelnen Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit.

(2) § 26 Abs. 6 erster Satz ist in der Weise anzuwenden, dass kein Kostenzuschuss – ausgenommen die Fälle des § 14 – gebührt, wenn der/die Anspruchsberechtigte

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

in Anspruch genommen hat.

(3) Abs. 2 gilt sinngemäß bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung neben einer Eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung. In den Fällen des Abs. 2 Z 3 und 4 werden nur die Kosten für die Inanspruchnahme jenes Wahlarztes ersetzt, dessen Honorarrechnung der Anspruchsberechtigte der Anstalt als erste für den entsprechenden Abrechnungszeitraum übergibt.

### **Kostenzuschuss für die Behandlung durch Wahlzahnärzte, Wahldentisten und Wahleinrichtungen**

**§ 28.** (1) Über die in § 26 Abs. 1 angeführten Erfordernisse und Inhalte hinaus muss die Honorarnote folgende Angaben enthalten:

1. genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen, und zwar
2. das Datum, an dem die einzelnen Leistungen erbracht wurden;
3. bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen
  - a) Angaben über den Zahnstatus;
  - b) Unterlagen über die erfolgte Bewilligung.

(2) Kein Kostenzuschuss - ausgenommen in Fällen des § 14 - gebührt, wenn der Anspruchsberechtigte für den selben Behandlungsfall einen Vertragszahnarzt, Vertragsdentisten oder einen Wahlzahnarzt in Anspruch genommen hat.

## **Kostenzuschuss für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind**

**§ 29.** Über die in § 26 Abs. 1 angeführten Erfordernisse und Inhalte hinaus muss die Honorarnote folgende Angaben enthalten:

1. die ärztliche Zuweisung bzw. Anordnung der Behandlung mit Diagnose und Therapievorschlag bzw. Therapieplan;
2. bei physiotherapeutischen Behandlungen bzw. Leistungen durch Heilmasseur die Zahl der Behandlungseinheiten;
3. bei psycho-, ergotherapeutischen und logopädischen Behandlungen Art der Behandlung sowie Anzahl, Tagesdaten und Dauer der einzelnen Sitzungen.

## **Kostenzuschuss für durch Wahlärzte abgegebene Heilmittel**

**§ 30.** Die Anstalt erbringt einen Zuschuss für die Kosten eines bezahlten Heilmittels in Höhe des Betrages, der bei Bezug auf Kassenrezept (abzüglich der Rezeptgebühr) aufzuwenden gewesen wäre, wenn die Verschreibung nach den Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln zulässig ist.

## **Kostenzuschuss für Heilbehelfe und Hilfsmittel**

**§ 31.** (1) Wenn für die Beschaffung eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels nicht ein Vertragspartner in Anspruch genommen wird, richtet sich der Kostenzuschuss nach den mit den Vertragspartnern vereinbarten jeweils gültigen Tarifsätzen.

(2) Voraussetzung für die Gewährung eines Kostenzuschusses für Heilbehelfe und Hilfsmittel ist der Bezug über ein anerkanntes Fachgeschäft. § 26 Abs. 3 gilt sinngemäß.

(3) Ist zum Bezug des Heilbehelfes oder Hilfsmittels die Bewilligung der Anstalt (§ 25 Abs. 2) erforderlich, muss sie vorher eingeholt werden; dabei ist ein Kostenvoranschlag des Fachgeschäftes vorzulegen.

## **Kostenzuschuss für durch Leistungsanspruchnahme bedingte Fahrten und Transporte**

§ 32. (1) Fahrtkosten im Zusammenhang mit

- a) Jugendlichenuntersuchungen,
- b) Vorsorgeuntersuchungen,
- c) Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

werden bei Vorliegen einer Leistungsbestätigung durch den in Anspruch genommenen Vertragspartner nach Maßgabe der Anstaltssatzung teilweise ersetzt.

(2) Ist der Anspruchsberechtigte gehunfähig oder liegt ein diesem Zustand gleichzuhaltender Sachverhalt gemäß § 16 Abs. 4 der Anstaltssatzung vor und wird dies aus diesem Grund ein privates Verkehrsmittel zu Transportzwecken benutzt, ist die Vorlage

- a) eines ärztlichen Transportauftrages sowie
- b) einer Bescheinigung über die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle

Voraussetzung für den Transportkostenersatz nach Maßgabe der Anstaltssatzung. Der Transportauftrag hat sowohl die medizinische Notwendigkeit der Behandlung als auch das Vorliegen der Gehunfähigkeit zu bestätigen.

### **6. Unterabschnitt**

#### **Anstaltspflege**

#### **Anstaltspflege in Vertragskrankenanstalten**

§ 33. (1) Die Anstaltspflege wird grundsätzlich in der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt erbracht. Wer auf eigenes Verlangen nicht in die nächstgelegene geeignete, sondern in eine weiter entfernte geeignete Krankenanstalt aufgenommen wird, hat für den dadurch entstehenden Mehraufwand (insbesondere Transportkosten) selbst aufzukommen.

(2) Für die Aufnahme in eine Vertragskrankenanstalt ist eine von einem Vertragsarzt oder Vertragseinrichtung attestierte Anstaltspflegebedürftigkeit vorzulegen (Einweisung), wenn die Einweisung nicht durch die Anstalt selbst erfolgt. Diese Verpflichtung entfällt, wenn mit der Spitalsaufnahme ohne Gefahr für die Gesundheit des An-

spruchsberechtigten nicht zugewartet werden kann. Die Kostenzusage der Anstalt erfolgt durch Abgabe einer Versicherungszuständigkeitsklärung.

(3) Im Falle einer Asylisierung hat der Anspruchsberechtigte die Anstalt über die Beendigung der Behandlungsmaßnahmen zu informieren.

### **Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über einen Fonds finanziert wird**

**§ 34.** Der Anspruchsberechtigte hat nach Möglichkeit vor Antritt der Anstaltspflege die notwendigen Unterlagen (Befunde, Behandlungsnachweise u.ä.) zur Bewilligung vorzulegen. Dem Leistungsantrag sind die Behandlungsunterlagen (Befunde, Operationsprotokolle, Behandlungsnachweise u.ä.) beizulegen. Hinsichtlich der sonstigen Voraussetzungen für die Gewährung eines Kostenzuschusses gilt § 26 sinngemäß.

#### **7. Unterabschnitt**

#### ***Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit***

#### **Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

**§ 35.** (1) Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit werden nach einem durch den behandelnden Arzt befürworteten Antrag und einer allenfalls vorgesehenen Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Anstalt geleistet.

- (2) Wenn die Anstalt eine gänzliche oder teilweise Kostenübernahme
- für einen Aufenthalt in einem Genesungs- oder Erholungsheim,
  - für einen Landaufenthalt oder
  - für einen Aufenthalt in einem Kurort oder einer Kuranstalt

zugesagt hat und der Berechtigte den Aufenthalt nicht zur vorgesehenen Zeit antreten kann, hat er dies unter Angabe von Gründen umgehend der Anstalt zu melden. Die Anstalt kann ihre Zusage widerrufen, wenn die Meldung unterlassen bzw. nicht rechtzeitig erstattet wurde oder nicht hinreichend begründet ist.

## **8. Unterabschnitt**

### **Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

#### **Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand, Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel sowie Anstaltspflege (Aufenthalt in einem Entbindungsheim)**

§ 36. (1) Für die Inanspruchnahme eines ärztlichen Beistandes, eines Hebammenbeistandes, von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie von Anstaltspflege (Aufenthalt in einem Entbindungsheim) im Zusammenhang mit einer Entbindung gelten die §§ 9 ff entsprechend.

(2) In gleicher Weise gelten die §§ 9 ff auch bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

#### **Mutterschaftsbetriebshilfe und Wochengeld**

§ 37. (1) Insbesondere zur Sicherstellung der Leistung von Mutterschaftsbetriebshilfe ist der Anstalt spätestens drei Monate vor der voraussichtlichen Entbindung eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen der Schwangerschaft vorzulegen, aus der der voraussichtliche Entbindungstag zu ersehen ist.

(2) Die Anspruchsberechtigte hat ein vom Amtsarzt bestätigtes besonderes Beschäftigungsverbot nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes strikt zu befolgen. Die Bestätigung des Amtsarztes ist im Falle der Geltendmachung eines vorzeitigen Wochengeldanspruches umgehend der Anstalt vorzulegen.

(3) Dem Leistungsantrag auf Wochengeld oder Betriebshilfe (Sachleistung) ist die für Zwecke der Sozialversicherung ausgestellte Geburtsbestätigung anzuschließen oder nachzubringen. Bei Inanspruchnahme der Betriebshilfe (Sachleistung) ist der Leistungsantrag tunlichst zu Beginn des Einsatzes bei der Anstalt einzubringen.

## **9. Unterabschnitt**

### **Erkrankung außerhalb des Wohnortes**

#### **Durchführung von Behandlungen bei einem Aufenthalt im Inland**

§ 38. (1) Wer in Österreich außerhalb des Umgebungsbereiches seines Wohnortes erkrankt, kann sich von einem außerhalb des Umgebungsbereiches seines Wohnortes niedergelassenen Vertragsarzt be-

handeln lassen, ohne dass die für den Arztwechsel (§ 14) geltenden Einschränkungen zur Anwendung kommen.

(2) Dem außerhalb des Umgebungsbereiches seines Wohnortes in Anspruch genommenen Vertragsarzt ist die Anspruchsberechtigung unter Verwendung der e-card nachzuweisen.

(3) Der Umgebungsbereich des Wohnortes umfasst den Verwaltungsbezirk sowie die angrenzenden Verwaltungsbezirke, in denen der ständige Wohnsitz bzw. der Aufenthaltsort des Anspruchsberechtigten liegt.

## **Durchführung von Behandlungen bei einem Aufenthalt im Ausland**

**§ 39.** (1) Wer sich in einen Staat,

- mit dem ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen über die aushilfsweise Gewährung von Leistungen aus der Krankenversicherung besteht oder
- der Mitglied der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) ist,

oder in die Schweiz begibt, kann unter den in den einschlägigen zwischenstaatlichen Verträgen bzw. EG-Verordnungen sowie den Vorschriften des Aufenthaltsstaates vorgesehenen Voraussetzungen Leistungen des Sozial(versicherungs)systems bzw. des Gesundheitswesensystems des Aufenthaltsortes auf Rechnung der Anstalt in Anspruch nehmen.

(2) Der Anspruchsberechtigte hat vor dem Antritt des ständigen Aufenthaltes in einem solchen Staat bei der Anstalt einen zwischenstaatlichen Betreuungsschein anzufordern. Dieser Betreuungsschein ist vor Behandlungsbeginn beim zuständigen Versicherungsträger bzw. bei der zuständigen Gesundheitsbehörde im Vertrags- bzw. Mitgliedsstaat gegen einen dort gültigen Behandlungsschein bzw. eine dort gültige (Gesundheits)Karte einzutauschen.

(3) Bei einem bloß vorübergehenden Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz reicht die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) bzw. der EKVK-Ersatzbescheinigung direkt beim ausländischen Leistungserbringer. Die EKVK ist auf der Rückseite der e-card angebracht und von Personen über 14 Jahren eigenhändig zu unterschreiben. Im Inland ist die EKVK nicht zu verwenden. Die EKVK darf nicht benutzt werden, wenn kein An-



spruch besteht und somit der auf der EKVK ausgewiesene Gültigkeitszeitraum sich mit einem bestehenden aktuellen Anspruch nicht deckt. Wer eine EKVK benützt, ohne dass ein der Benützung zu Grunde liegender Anspruch besteht, haftet für die daraus entstehenden Schäden. Die unverzügliche Meldung des Verlustes der EKVK befreit den Versicherten, für den die EKVK ausgestellt wurde, ab dem Zeitpunkt des Einlangens der Meldung von der Haftung für weitere Schäden. Aufwendungen, die einem KV-Träger dadurch entstehen, dass der Verlust einer e-card oder einer EKVK nicht unverzüglich gemeldet wird, wie z.B. Honoraraufwendungen, sind nach den Regeln über zu Unrecht bezogene Leistungen, darüber hinausgehende Schäden nach den zivilrechtlichen Schadenersatzbestimmungen zu ersetzen. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Staat, mit dem ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen über die aus-hilfsweise Gewährung von Leistungen aus der Krankenversicherung besteht, kann vor Antritt der (Urlaubs)Reise bei der Anstalt ein zwischenstaatlicher Betreuungsschein angefordert werden.

(4) Wird eine Behandlung außerhalb Österreichs in Aussicht genommen, weil z.B. in Österreich eine wirksame Behandlung medizinisch nicht erbracht werden kann oder für diese Behandlung unzumutbar lange Wartezeiten gegeben sind, ist von der Anstalt vor dem Antritt dieser Behandlung eine Zustimmung zu dieser Behandlung einzuholen.

(5) Liegt bei der Inanspruchnahme einer Behandlung in einem Vertragsstaat oder EWR-Staat ein Formgebreechen vor, das eine direkte Verrechnung der Kosten mit der Anstalt (Sachleistungsverrechnung) verhindert, oder erfolgt die Behandlung in einem Nichtvertragsstaat bzw. Nicht-EWR-Staat, wird ein Kostenzuschuss unter sinngemäßer Anwendung der §§ 26 ff erbracht.

## **Abschnitt D**

### ***Verfahrensbestimmungen***

#### **Vorherige chefärztliche Bewilligung**

§ 40. Neben den in den §§ 9 ff vorgesehenen Bewilligungserfordernissen ist bei den im Anhang 1 angeführten Leistungen vor deren Anwendung eine chefärztliche Bewilligung einzuholen.

## **Soziale Rechtsanwendung**

§ 41. Im Rahmen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen kann die Anstalt Leistungen auch dann erbringen, wenn Verfahrensvorschriften aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht eingehalten wurden. Solche Gründe sind insbesondere dann vorhanden, wenn

1. die Leistung sofort erbracht werden musste, um den Erfolg der Leistung zu gewährleisten,
2. eine entschuldbare Verhinderung (z. B. wegen Krankheit) glaubhaft gemacht wird,
3. bei einer Fristüberschreitung belegt werden kann, dass der frühestmögliche Behandlungstermin wahrgenommen wurde,
4. die vorherige Bewilligung der Anstalt in besonderen Ausnahmefällen nicht eingeholt wurde.

## **Abschnitt E**

### **Schlussbestimmungen**

#### **Wirksamkeitsbeginn**

§ 42. (1) Die Krankenordnung tritt nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage in Kraft.

(2) Gleichzeitig wird die bisher geltende Krankenordnung, kundgemacht im Internet unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at)

- avsv Nr. 85/2005

in der Fassung der Änderung

- avsv Nr. 141/2005

aufgehoben.

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

## **Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung**

**§ 43.** Die 1. Änderung tritt gemäß § 31 Abs. 9a ASVG nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung im Internet in Kraft.

**Leistungen, für die eine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist**

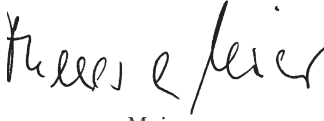
***Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer chefärztlichen Bewilligung:***

1. Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung
2. Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit
3. Physiotherapie
  - a) ab der 24. Anwendung, jedenfalls ab der 10. Sitzung
  - b) Physiotherapie in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung
4. Psychotherapie ab der 11. Sitzung
5. Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche
6. Geplante Behandlung und Untersuchung im Ausland
7. Computertomographie, Kernspintomographie, nuklearmedizinische Untersuchungen
8. Kosmetische Behandlung
9. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung
10. HELP-Therapie
11. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
12. Flugtransporte
13. Transporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen Transport zur Dialyse und Chemo-Strahlentherapie) ab dem 5. Transport
14. Heimdialyse

\*

Diese 1. Änderung der Krankenordnung wurde vom Vorstand der Sozialversicherungsanstalt der Bauern am 18. November 2013 beschlossen, die Genehmigung erfolgte durch den Bundesminister für Gesundheit mit Bescheid vom 16.01.2014, GZ: BMG-96440/0001-II/A/7/2014.

Die Obfrau:

Handwritten signature in black ink, appearing to read 'Meier'.

Meier

Der leitende Angestellte:

Handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mag. Ledermüller'.

Mag. Ledermüller