

Krankenordnung 2020

in der Fassung der 6. Änderung

mit

Wirksamkeitsbeginn 01.01.2025

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau verlautbart gemäß § 158 B-KUVG iVm § 456 Abs. 1 ASVG:

Krankenordnung 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

- § 1. Gegenstand der Krankenordnung
- § 2. Leistungserbringung allgemein
- § 3. Anspruchsnachweis im Inland
- § 4. Bewilligungspflicht
- § 5. Elektronisches Kommunikationsservice (eKOS)
- § 6. Zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe
- § 7. Identitätsnachweis
- § 8. Prüfung der Leistungsvoraussetzungen
- § 9. Mitteilungspflichten bei Leistungsanspruchnahme
- § 10. Auszahlung von Leistungen

2. Teil

Besondere Bestimmungen

1. Abschnitt

Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

- § 11. Vorsorge(Gesunden)untersuchung
- § 12. Humangenetische Vorsorgeuntersuchung
- § 13. FSME- und Influenza-Schutzimpfung

2. Abschnitt

Krankenbehandlung

- § 14. Ärztliche Hilfe
- § 15. Physiotherapie oder Heilmassage
- § 16. Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung
- § 17. Ergotherapie
- § 18. Klinisch-psychologische Diagnostik
- § 18a. Klinisch-psychologische Behandlung
- § 19. Psychotherapie
- § 20. Heilmittel
- § 21. Rezeptgebührenbefreiung
- § 22. Heilbehelfe und Hilfsmittel
- § 22a. Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 62 B-KUVG
- § 23. Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

3. Abschnitt

Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege

- § 24. Anstaltspflege
- § 25. Medizinische Hauskrankenpflege

4. Abschnitt

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

- § 26. Unterbringung in einer Krankenanstalt
- § 27. Ambulante Rehabilitation
- § 28. Andere Leistungen

5. Abschnitt
Zahnbehandlung und Zahnersatz

- § 29. Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung
- § 30. Kieferorthopädische Behandlung
- § 31. Zahnersatz

6. Abschnitt
Leistungen bei Mutterschaft

- § 32. Ärztlicher Beistand
- § 33. Beistand durch eine Hebamme oder eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester
- § 34. Heilmittel und Heilbehelfe
- § 35. Pflege in einer Krankenanstalt
- § 36. Wochen- und Sonderwochengeld

7. Abschnitt
Erweiterte Heilbehandlung und Gesundheitsfürsorge

- § 37. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge
- § 38. Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation

8. Abschnitt
Reise-(Fahrt-) und Transportkosten

- § 39. Reise-(Fahrt-)kosten
- § 40. Krankentransport

9. Abschnitt
Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Rehabilitationsgeld und Wiedereingliederungsgeld

- § 41. Bestätigung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit
- § 42. Meldung der Beitragsgrundlage
- § 43. Besondere Pflichten des*der Arbeitsunfähigen
- § 44. Wiedereingliederungsgeld
- § 45. Betreuungs- und Auszahlungsstellen

3. Teil
Ersatzleistungen (Kostenerstattung und Kostenzuschüsse)

- § 46. Nachweise
- § 47. Pflegekostenzuschuss

4. Teil
e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

- § 48. Wesen und Zweck der e-card
- § 49. Ausstellen der e-card
- § 50. e-card-Ersatzbeleg
- § 51. Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK
- § 52. EKVK-Ersatzbescheinigung
- § 53. Umgang mit e-card und EKVK
- § 54. Melde- und Auskunftspflichten
- § 55. Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung

5. Teil
Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 56. e-card
- § 57. Wirksamkeit und Übergangsbestimmungen
- § 58. Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung
- § 59. Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung
- § 60. Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung
- § 61. Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung
- § 62. Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung
- § 63. Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung
- Anhang 1 Bewilligungspflichtige Leistungen
- Anhang 2 Therapieabhängige Normabgabemengen für Heilbehelfe und Hilfsmittel

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

Gegenstand der Krankenordnung

§ 1. (1) Die Krankenordnung regelt für den Bereich der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) als Träger der Krankenversicherung das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Pflichten des*der Anspruchsberechtigten und dessen*deren Kontrolle im Leistungsfall. Anspruchsberechtigter*Anspruchsberechtigte im Sinn der Krankenordnung ist – unter Bedachtnahme auf den konkreten Zusammenhang – der*die Versicherte, der*die Angehörige (§ 56 B-KUVG) oder eine andere Person, die eine Leistung der Krankenversicherung empfangen will, empfängt oder empfangen hat; dies unabhängig davon, ob ein Anspruch auf diese Leistung tatsächlich besteht.

(2) Verfahrensrechtliche Bestimmungen in anderen Rechtsvorschriften werden durch die Krankenordnung nicht berührt.

(3) Im Rahmen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen kann die BVAEB Leistungen auch dann erbringen, wenn Verfahrensvorschriften aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht eingehalten wurden. Solche Gründe sind insbesondere dann vorhanden, wenn

1. die Leistung sofort erbracht werden musste,
2. eine entschuld bare Verhinderung (z. B. wegen Krankheit) glaubhaft gemacht wird, oder
3. die Bewilligung in besonderen Ausnahmefällen nicht vorher eingeholt wurde.

Leistungserbringung allgemein

§ 2. (1) Die BVAEB erbringt Leistungen der Krankenversicherung nur auf Antrag des*der dazu Berechtigten. Der Antrag ist außer den in § 45 genannten Fällen bei ihr nach Maßgabe der Erreichbarkeitskundmachung nach § 13 AVG einzubringen. § 361 Abs. 4 ASVG bleibt unberührt. Der*Die Anspruchsberechtigte hat bei der Antragstellung und in anderen Anbringen seine*ihre Versicherungsnummer anzugeben. Der Antrag ist schriftlich einzubringen, sofern es die BVAEB verlangt. Hat die BVAEB für den Geschäftsfall ein Formular aufgelegt, muss es der*die Anspruchsberechtigte verwenden. Die Angaben haben vollständig und wahr zu sein.

(2) Der Antrag auf eine Sachleistung gilt als eingebracht, wenn und sobald die Anspruchsberechtigung dem*der Vertragspartner*in (der eigenen Einrichtung) nach § 3 nachgewiesen wird, sofern

- a) die Leistung ohne vorherige Bewilligung der BVAEB (§ 4) in Anspruch genommen werden darf, und
- b) es sich um eine Vertragsleistung dieses Vertragspartners*dieser Vertragspartnerin handelt.

(3) Die in den §§ 14 Abs. 2, 15, 16 Abs. 2 und 18 Abs. 2 angesprochenen Verordnungen (Zuweisungen) sowie Bewilligungen nach § 4 berechtigen zur Inanspruchnahme der Leistung innerhalb von drei Monaten ab Datum der Ausstellung. § 20 Abs. 3, § 22 Abs. 1 und Anhang 1 Punkt 2 lit. c werden durch diesen Absatz nicht berührt.

(4) Die BVAEB erbringt Sachleistungen der Krankenversicherung durch Vertragspartner*innen, in eigenen Einrichtungen oder im Wege der Ersatzleistung, soweit letztere nicht durch besondere Bestimmungen ausgeschlossen ist. Es steht dem*der Anspruchsberechtigten frei, den*die Gesundheitsdiensteanbieter*in seiner*ihrer Wahl aufzusuchen; Vorschriften für die Übernahme der Kosten dieser Leistung, von Reise-, Fahrt- oder Transportkosten und Wegegebühren bleiben davon unberührt. Konsultiert der*die Anspruchsberechtigte nicht eine*n Vertragspartner*in, oder ist die Leistung nicht vertraglich geregelt, kann der*die Anspruchsberechtigte unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung Ersatz der Kosten beantragen. Erforderliche Zuweisungen (Verordnungen) sind solchen Anträgen beizufügen, sofern sie nicht in eKOS erfasst sind (§ 5).

Anspruchsnachweis im Inland

§ 3. (1) Wer im Inland Vertragsleistungen nach den §§ 13 Abs. 2, 14 bis 19, 25 und 29 bis 33 auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen will, hat dem*der Vertragspartner*in oder der eigenen Einrichtung der BVAEB die e-card oder den Ersatzbeleg vorzulegen. E-card und Ersatzbeleg dürfen der behandelnden Stelle erst unmittelbar vor der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Leistung übergeben und nicht bei 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. Der*Die Anspruchsberechtigte hat dazu anlässlich jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners*einer Vertragspartnerin (einer eigenen Einrichtung)

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 (Ablese n 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 und die BVAEB zwecks Durchführung und Abrechnung von Leistungen zuzulassen (z. B. im Rahmen des Arzneimittel-Bewilligungssystems nach § 350 Abs. 3 ASVG oder zur Abwicklung anderer Bewilligungsverfahren, zur Übermittlung von Zuweisungen an andere Behandlungsstellen, zur Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA nach § 14 ff. GesundheitstelematikG 2012).

(3) Kann der*die Anspruchsberechtigte weder die e-card noch einen gültigen Ersatzbeleg vorlegen, hat er*sie seine*ihre Versicherungsnummer anzugeben, seinen*ihren Leistungsanspruch gegen die BVAEB 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 anspruchrechtlichen Voraussetzungen auch ohne e-card durch Nennung der Versicherungsnummer und Nachweis der Identität durch Urkunden (z. B. amtlichen Lichtbildausweis) in Anspruch nehmen.

(5) Will der*die Anspruchsberechtigte eine Behandlung nicht auf Kosten der BVAEB in Anspruch nehmen, darf er*sie dem*der Vertragspartner*in die e-card (den Ersatzbeleg) nicht vorlegen. Für Behandlungen oder Untersuchungen, die nicht zur gesetzlichen Leistungsverpflichtung der BVAEB als Krankenversicherungsträger 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 BVAEB.

Bewilligungspflicht

§ 4. (1) Sachleistungen, welche der*die Anspruchsberechtigte nur mit vorheriger Bewilligung der BVAEB in Anspruch nehmen darf, und allfällige spezielle Verfahrensregeln dazu sind in Anhang 1 genannt. Der*Die Anspruchsberechtigte hat den Antrag auf Bewilligung innerhalb des Gültigkeitszeitraums der Verordnung (Zuweisung) einzubringen. Ist eine derartige Leistung in § 5 Abs. 1 genannt, ist der Antrag auf Bewilligung mit Erfassung der Verordnung (Zuweisung) in eKOS eingebracht. Wurde die Leistung bereits von einem anderen Krankenversicherungsträger bewilligt und wechselt die Leistungszuständigkeit zur BVAEB, gilt die Bewilligung als von der BVAEB erteilt.

(2) Geplante Untersuchungen oder Behandlungen im Ausland sind generell bewilligungspflichtig. Der Antrag auf Bewilligung gilt als Antrag auf zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe nach § 6 Abs. 1 lit. b. Eine Ersatzleistung im Sinn des 3. Teiles der Krankenordnung für nicht in Anhang 1 genannte Sachleistungen macht die BVAEB jedoch nicht allein davon abhängig, ob sie vorab eine Bewilligung erteilt hat. Einen Anspruch auf besondere Kostenerstattung im Ausmaß des § 7b Abs. 6 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (SV-EG) kann der*die Anspruchsberechtigte hingegen nur realisieren, wenn er*sie eine vorherige Genehmigung eingeholt hat. Als vorab genehmigungspflichtig gemäß § 7b Abs. 4 SV-EG gelten in diesem Zusammenhang:

1. stationäre Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 1 SV-EG,
2. ambulante Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 2 SV-EG, die den Einsatz hoch spezialisierter und kostenintensiver medizinischer Infrastruktur oder medizinischer Ausrüstung erfordern, dies sind
 - a) diagnostische und therapeutische Anwendungen von Strahlen oder Teilchen wie Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Kernspintomografie, Protonentherapie und Ionentherapie,
 - b) ambulante Behandlungen und Untersuchungen mit Großgeräten, die in Österreich unter den Großgeräteplan fallen würden,
 - c) kosmetische Behandlungen, für die eine Leistungspflicht gemäß § 62 Abs. 3 B-KUVG besteht,
 - d) humangenetische Untersuchungen,
 - e) operative Eingriffe, die in einem sterilen Bereich erfolgen müssen,
3. Behandlungen, die mit einem besonderen Risiko für den Patienten*die Patientin oder die Bevölkerung verbunden sind, oder
4. Behandlungen, die von Gesundheitsdiensteanbieter*innen erbracht werden, die im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnten, mit Ausnahme der Gesundheitsversorgung, die dem Unionsrecht über die Gewährleistung eines Mindestsicherungs-niveaus und einer Mindestqualität in der ganzen Union unterliegt.

Elektronisches Kommunikationsservice (eKOS)

§ 5. (1) Die BVAEB stellt das elektronische Kommunikationsservice eKOS zur Abwicklung von Verordnungen (Zuweisungen) im Sinn des § 2 Abs. 3 bzw. von Bewilligungsverfahren nach § 4 durch Vertragspartner*innen und eigene Einrichtungen für folgende Leistungen bereit:

1. Computertomographie,
2. Humangenetische Untersuchungen,
3. Klinisch-psychologische Diagnostik,
4. Knochendichtemessung,

5. Magnetresonanztomographie,
6. Nuklearmedizinische Untersuchungen,
7. Röntgentherapien,
8. Röntgenuntersuchungen,
9. Sonographien.

Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der zwischenstaatlichen Sachleistungsaushilfe (§ 6) werden jedoch nicht über eKOS abgewickelt.

(2) Die BVAEB verhält ihre Vertragspartner*innen, welche die in Abs. 1 genannten Leistungen verordnen oder erbringen, eKOS zu verwenden. Der*Die Anspruchsberechtigte hat sich an Hand des ihm*ihr auszuhändigenden Informationsblatts zur e-Zuweisung bzw. e-Überweisung mit dem eindeutigen Antragscode zu vergewissern, dass der*die Vertragspartner*in die Verordnung (Zuweisung) tatsächlich in eKOS erfasst hat.

(3) Der*Die Anspruchsberechtigte hat dem*der Vertragspartner*in, welche*r die Leistung erbringen soll, den Antragscode bekannt zu geben. Stammt die Verordnung (Zuweisung) für eine Leistung nach Abs. 1 nicht von einem Vertragspartner*einer Vertragspartnerin, oder wurde sie aus einem anderen Grund nicht mit eKOS erstellt, hat der*die Anspruchsberechtigte dem*der Vertragspartner*in, welche*r die Leistung erbringen soll, die Verordnung (Zuweisung) vorzulegen.

(4) Der*Die Anspruchsberechtigte hat in Anbringen an die BVAEB, die sich auf eine in eKOS erfasste Leistung beziehen, den Antragscode anzugeben.

Zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe

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

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

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

(3) Der/die Anspruchsberechtigte darf die EKVK (Ersatzbescheinigung) ungeachtet des auf ihr angegebenen Gültigkeitszeitraumes nicht verwenden, wenn und solange keine Berechtigung besteht, Leistungen eines österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch zu nehmen.

Identitätsnachweis

§ 7. Ein*e Anspruchsberechtigte*r ist in folgenden Fällen verpflichtet, Auskunft über seine*ihre Identität zu geben und die Richtigkeit dieser Auskunft durch eine Urkunde (z. B. amtlichen Lichtbildausweis) oder einen Zeugen*eine Zeugin zu bescheinigen:

1. auf Verlangen der BVAEB (siehe auch § 49 Abs. 2),
2. bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung auf Rechnung der BVAEB,
 - a) falls nach Namensänderung noch keine neue e-card vorgelegt werden kann,
 - b) falls ein Ersatzbeleg nach § 50 Abs. 1 Z 1 ausgestellt wurde, oder
 - c) auf Verlangen des Gesundheitsdiensteanbieters*der Gesundheitsdiensteanbieterin.

Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

§ 8. (1) Die BVAEB ist im Hinblick auf ihre gesetzliche Verpflichtung berechtigt, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen, insbesondere die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung, zu überprüfen. Der*Die Anspruchsberechtigte hat ihr daher die Begründung des Behandlers*der Behandlerin für die Leistung und Unterlagen (z. B. Befunde, Krankengeschichten) beizubringen, falls die Leistung bewilligungspflichtig ist, oder falls die BVAEB es im Einzelfall verlangt. Die BVAEB überprüft das Vorliegen der Voraussetzungen auch nach Inanspruchnahme einer Leistung.

(2) Die BVAEB kann den Anspruchsberechtigten*die Anspruchsberechtigte vorladen. Er*Sie hat die Einladung zu befolgen und sich gegebenenfalls zur Prüfung seines*ihrer Gesundheitszustandes untersuchen zu lassen. Kann er*sie der Einladung nicht folgen, hat er*sie dies der BVAEB unverzüglich mitzuteilen und die Ursache der Verhinderung zu bescheinigen. Die BVAEB behält sich vor, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen auch im Rahmen eines Besuches bei dem*der Anspruchsberechtigten an seinem*ihrer Wohnsitz oder in einer Krankenanstalt zu überprüfen.

(3) Bringt der*die Anspruchsberechtigte notwendige Unterlagen nicht bei, leistet er*sie einer Einladung ohne wichtigen Grund nicht Folge, oder lässt er*sie einen Besuch nicht zu, legt die BVAEB nach vorheriger Ankündigung der Säumnisfolgen ihrer Entscheidung den festgestellten bzw. wahrscheinlichen Sachverhalt zugrunde.

Mitteilungspflichten bei Leistungsanspruchnahme

§ 9. Der*Die Anspruchsberechtigte hat die BVAEB zu informieren, falls die Leistung zurückzuführen ist auf

1. die Folgen eines Arbeits- oder Dienstunfalles oder einer Berufskrankheit,
2. eine Dienstbeschädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz, dem Heeresversorgungsgesetz bzw. Heeresentschädigungsgesetz oder dem Strafvollzugsgesetz,
3. eine Gesundheitsschädigung im Sinn des Verbrechenopfergesetzes, des Impfschadengesetzes oder des Opferfürsorgegesetzes,
4. ein möglicherweise die Haftung eines*einer Dritten auslösendes Ereignis (z. B. Verkehrsunfall, Verletzung durch Fremdeinwirkung).

Auszahlung von Leistungen

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

2. Teil

Besondere Bestimmungen

1. Abschnitt

Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

Vorsorge(Gesunden)untersuchung

§ 11. Der*Die Anspruchsberechtigte kann eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung im Sinn der Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 30a Abs. 1 Z 18 ASVG) bei einem Vertragsarzt*einer Vertragsärztin, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung der BVAEB als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Der*Die Anspruchsberechtigte hat der Untersuchungsstelle die für die Durchführung der Untersuchungsprogramme erforderlichen Angaben wahrheitsgetreu und vollständig zu machen.

Humangenetische Vorsorgeuntersuchung

§ 12. Der*Die Anspruchsberechtigte kann eine humangenetische Vorsorgeuntersuchung in einer Vertragseinrichtung als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. § 14 Abs. 2 bis 4 gilt sinngemäß.

FSME- und Influenza-Schutzimpfung

§ 13. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte erhält den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss für die aktive Immunisierung gegen Frühsommermeningoenzephalitis

1. als Ersatzleistung nach Maßgabe des 3. Teiles der Krankenordnung oder
2. im Wege der Verrechnung zwischen BVAEB und Apotheke oder Impfstelle, die den Impfstoff zu einem um den Zuschuss verminderten Preis abgegeben hat, wenn der*die Anspruchsberechtigte dieser den Erhalt des Impfstoffes und die begünstigte Abgabe bestätigt.

(2) Für die Inanspruchnahme der Impfung gegen Influenza im Pandemiefall (§ 132c Abs. 1 Z 4 ASVG) gelten die §§ 14 und 20 sinngemäß, wobei der Impfstoff auch bei anderen als den in § 20 Abs. 1 genannten Gesundheitsdiensteanbieter*innen bezogen werden darf, soweit diese nach den Vorschriften des Arzneimittelwesens zur Abgabe berechtigt sind.

2. Abschnitt

Krankenbehandlung

Ärztliche Hilfe

§ 14. (1) Ärztliche Hilfe kann bei einem Vertragsarzt*einer Vertragsärztin, einer Vertragsgruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung der BVAEB, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch genommen werden.

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

1. ein Facharzt*eine Fachärztin, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Labordiagnostik,

Krankenordnung - Neufassung

2. ein Facharzt*eine Fachärztin, eine Gruppenpraxis oder ein Ambulatorium für Radiologie, wobei Mammografie ausschließlich bei einem*einer Vertragspartner*in, der*die über das Zertifikat „Mammografie“ der Österreichischen Ärztekammer und entsprechende technische Voraussetzungen verfügt, in Anspruch genommen werden darf.

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

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

1. der*die Anspruchsberechtigte seinen*ihrer Aufenthaltsort wechselt (z. B. wegen Urlaubes oder Übersiedlung), oder der bisher behandelnde Vertragsarzt*die bisher behandelnde Vertragsärztin seinen*ihrer Ordinationssitz verlegt, so dass letzterer*letztere nicht mehr der nächsterreichbare Vertragsarzt*die nächsterreichbare Vertragsärztin ist, oder
2. der behandelnde Arzt*die behandelnde Ärztin durch Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen verhindert ist und nicht vertreten wird, oder
3. der Vertrag der BVAEB mit dem bisher behandelnden Arzt*der bisher behandelnden Ärztin endet.

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

Physiotherapie oder Heilmassage

§ 15. Physiotherapeutische Behandlungen können neben den in § 14 Abs. 1 genannten Gesundheitsdiensteanbieter*innen über Verordnung (Zuweisung) durch einen Arzt*eine Ärztin oder eine Krankenanstalt auch bei einem*einer zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragsphysiotherapeuten*Vertragsphysiotherapeutin als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch genommen werden. § 14 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß. Der*Die Anspruchsberechtigte kann ferner für die Behandlung durch eine*n zur freiberuflichen Berufsausübung berechnete*n Heilmasseur*in den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung

§ 16. (1) Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen können neben den in § 14 Abs. 1 genannten Gesundheitsdiensteanbieter*innen auch bei einem*einer zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragslogopäden*Vertragslogopädin als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch genommen werden. § 14 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.

(2) Für die Inanspruchnahme eines Logopäden*einer Logopädin erforderlich ist eine Verordnung (Zuweisung) durch

1. einen Facharzt*eine Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
2. einen Facharzt*eine Fachärztin für Neurologie,
3. einen Facharzt*eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde,
4. einen Zahnarzt*eine Zahnärztin,
5. eine entsprechende Krankenanstalt oder
6. eine eigene Einrichtung der BVAEB.

In begründeten Einzelfällen (z. B. Aphasien) können Folgeverordnungen auch durch einen Arzt*eine Ärztin für Allgemeinmedizin erfolgen.

Ergotherapie

§ 17. (1) Ergotherapeutische Behandlungen können neben den in § 14 Abs. 1 genannten Gesundheitsdiensteanbieter*innen auch bei einem*einer zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten diplomierten Vertragsergotherapeuten*Vertragsergotherapeutin als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch genommen werden. § 14 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.

(2) Für die Inanspruchnahme eines Ergotherapeuten*einer Ergotherapeutin ist eine Verordnung (Zuweisung) durch einen Arzt*eine Ärztin oder eine Krankenanstalt erforderlich.

Klinisch-psychologische Diagnostik

§ 18. (1) Klinisch-psychologische Diagnostik kann außer in einer Vertragseinrichtung (§ 14 Abs. 1) bei einem*einer zur selbständigen Berufsausübung berechtigten klinischen Vertragspsychologen*Vertragspsychologin als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch genommen werden. § 14 Abs. 3 und 4 gilt sinngemäß.

(2) Für die Inanspruchnahme eines klinischen Psychologen* einer klinischen Psychologin erforderlich ist eine Verordnung (Zuweisung) durch

1. einen Arzt* eine Ärztin,
2. einen Psychotherapeuten* eine Psychotherapeutin,
3. eine Vertragseinrichtung oder
4. eine eigene Einrichtung eines Versicherungsträgers.

einen Arzt* eine Ärztin oder eine Krankenanstalt erforderlich.

Klinisch-psychologische Behandlung

§ 18a. (1) Klinisch-psychologische Behandlung einer psychischen Befindungsstörung kann außer in einer Vertragseinrichtung (§ 14 Abs. 1) auch bei einer Vertragsorganisation als Sachleistung oder bei einem* einer zur selbständigen Berufsausübung berechtigten klinischen Psychologen* Psychologin in Anspruch genommen werden.

(2) Der* Die Anspruchsberechtigte kann für die Behandlung durch einen klinischen Psychologen* eine klinische Psychologin den in Anhang 2 der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen. Er* Sie muss der BVAEB und dem klinischen Psychologen* der klinischen Psychologin die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung vor oder nach der ersten, jedenfalls aber vor der zweiten klinisch-psychologischen Behandlung der Behandlungsserie nachweisen.

Psychotherapie

§ 19. Psychotherapie kann außer bei einem* einer entsprechend ausgebildeten Vertragsarzt* Vertragsärztin, in einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder in einem Vertragsambulatorium (§ 14) auch bei einer Vertragsorganisation als Sachleistung oder bei einem* einer zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Psychotherapeuten* Psychotherapeutin in Anspruch genommen werden. Der* Die Anspruchsberechtigte kann für die Behandlung durch einen Psychotherapeuten* eine Psychotherapeutin den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen. Er* Sie muss der BVAEB und dem Psychotherapeuten* der Psychotherapeutin die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung vor oder nach der ersten, jedenfalls aber vor der zweiten psychotherapeutischen Sitzung der Behandlungsserie nachweisen.

Heilmittel

§ 20. (1) Der* Die Anspruchsberechtigte kann ein Heilmittel in einer öffentlichen Vertragsapothek, bei einem* einer hausapothekenführenden Vertragsarzt* Vertragsärztin, dessen Patient* deren Patientin er* sie ist, oder bei einem zur Abgabe berechtigten Gewerbeunternehmen, das in einem Vertragsverhältnis zur BVAEB steht, als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB beziehen. Er* Sie benötigt dafür ein gültiges Krankenkassenrezept oder ein mit einer Bestätigung der BVAEB versehenes Rezept einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes* einer Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung.

(2) Das Krankenkassenrezept wird ausgestellt durch

1. einen Vertragsarzt* eine Vertragsärztin,
2. eine Vertrags-Gruppenpraxis,
3. eine Vertragseinrichtung,
4. eine eigene Einrichtung der BVAEB oder
5. einen ermächtigten Arzt* eine ermächtigte Ärztin, der* die in einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt ist, die mit der BVAEB einen Vertrag über Verordnungen abgeschlossen hat für den Fall
 - a) der Entlassung von Patienten* Patientinnen aus der stationären Pflege,
 - b) der Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Handlung während der Nachtstunden, an Wochenenden oder Feiertagen.

(3) Ein Krankenkassenrezept ist gültig, wenn das Krankenkassenrezeptformular vollständig ausgefüllt ist. Der* Die Anspruchsberechtigte hat das Krankenkassenrezept einzulösen

1. im Fall der Inanspruchnahme eines ärztlichen Not- oder Bereitschaftsdienstes binnen eines Tages,
2. im Fall des Abs. 2 Z 5 binnen drei Tagen,
3. im Fall einer Suchtgift-Einzelverschreibung binnen 14 Tagen,
4. in allen anderen Fällen binnen eines Monats

ab dem Ausstellungsdatum. Bedarf eine Verordnung der Zustimmung der BVAEB, gilt das Datum der Bewilligung als Ausstellungstag. Wird die Frist überschritten, weil das Heilmittel von der Apotheke nicht rechtzeitig beschafft werden kann, bleibt das Rezept gültig, wenn die Apotheke bzw. der* die hausapothekenführende Arzt* Ärztin den Einreichungstag sowie die Dauer der Verzögerung und ihre Begründung auf dem Rezept bestätigt.

(4) Die Formblätter für die Suchtgiftverschreibung sind dem Krankenkassenrezeptformular gleichgestellt. Die Bestimmungen der Suchtgiftverordnung bleiben unberührt.

Rezeptgebührenbefreiung

§ 21. (1) Mit einem Antrag auf

Krankenordnung - Neufassung

- a) Befreiung von der Rezeptgebühr wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit oder
- b) Neufestsetzung des für die Ermittlung der Rezeptgebührenobergrenze maßgeblichen Jahresnettoeinkommens

hat der*die Anspruchsberechtigte vollständige Angaben und geeignete Unterlagen über alle Umstände, die für die Ermittlung des Nettoeinkommens im Sinne der Richtlinien des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger gemäß § 30a Abs. 1 Z 15 ASVG maßgeblich sind, vorzulegen. Der*Die Anspruchsberechtigte hat der BVAEB alle Umstände, aus denen sich eine Änderung der im Antrag dargelegten Einkommensverhältnisse ergibt, unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(2) Ist der*die Anspruchsberechtigte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit, hat er*sie dies dem Vertragspartner*der Vertragspartnerin, der*die das Heilmittel verordnet, oder dem Vertragspartner*der Vertragspartnerin, bei dem*der er*sie das Rezept einlöst, durch Verwenden der e-card (§ 3 Abs. 2) oder mit der von der BVAEB ausgestellten Bescheinigung nachzuweisen. Im Fall einer Befreiung von der Rezeptgebühr wegen Überschreitung der Rezeptgebührenobergrenze, hat der*die Anspruchsberechtigte jedenfalls die e-card zu verwenden (§ 3 Abs. 2).

(3) Macht der*die Anspruchsberechtigte in einem Antrag auf Neufestsetzung der bezahlten Rezeptgebühren geltend, dass von ihm*ihr im laufenden Kalenderjahr bezahlte Rezeptgebühren für die Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze nicht berücksichtigt wurden, so hat er*sie dies der BVAEB durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Ein solcher Antrag ist jedenfalls erforderlich, wenn Rezeptgebühren für Heilmittel, die nicht in öffentlichen Vertragsapotheken oder bei hausapothekenführenden Vertragsärzt*innen bezogen wurden, auf dem Rezeptgebührenkonto berücksichtigt werden sollen.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

§ 22. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte kann Heilbehelfe und Hilfsmittel (Behelfe) in öffentlichen Vertragsapotheken oder bei zur Abgabe berechtigten Gewerbebetrieben, die in einem Vertragsverhältnis zur BVAEB stehen, als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB beziehen. Er*Sie benötigt dafür eine von einem Arzt*einer Ärztin oder einer Krankenanstalt ausgestellte Verordnung. Die Verordnung wird ungültig, wenn sie nicht innerhalb eines Monats nach dem Ausstellungstag eingelöst wird. Bedarf eine Verordnung der Zustimmung der BVAEB, gilt das Datum der Bewilligung als Ausstellungstag. Die BVAEB behält sich vor, bestimmte Behelfe ausschließlich leihweise durch Vertragspartner*innen oder aus eigenen Beständen beizustellen. Will der*die Anspruchsberechtigte einen Behelf beziehen, der nicht Vertragsleistung der BVAEB ist, hat er*sie einen Kostenvoranschlag beizubringen.

(2) Der*Die Anspruchsberechtigte hat mit dem Behelf sorgfältig umzugehen. Stellt die BVAEB einen Behelf leihweise bei, ist er nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben.

(3) Ist der*die Anspruchsberechtigte vom Kostenanteil gemäß § 65 B-KUVG befreit, hat er*sie dies dem Vertragspartner*der Vertragspartnerin, bei dem er*sie die Verordnung einlöst, durch Verwenden der e-card (§ 3 Abs. 2) oder mit der von der BVAEB ausgestellten Bescheinigung nachzuweisen.

(4) Therapieabhängige Normabgabemengen für Heilbehelfe und Hilfsmittel sind in Anhang 2 geregelt.

Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 62 B-KUVG

§ 22a. (1) Die Abgabe von sonstigen Heilmitteln (§ 64 Abs. 1 Z 2 B-KUVG), Heilbehelfen oder Hilfsmitteln (§ 65 B-KUVG) auf Grundlage einer Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 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 BVAEB nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze möglich.

(2) Die Abgabe gem. Abs. 1 setzt die Verordnung eines*einer Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege voraus. Für die Ausstellung der Verordnung sind Kenntnisse über die sozialversicherungsrechtlichen Zugangsvoraussetzungen nachzuweisen. Die Vermittlung dieser erfolgt durch von der BVAEB ermächtigte Organisationen. Der Nachweis der erfolgreichen Vermittlung hat durch diese Anbieter*Anbieterinnen an die BVAEB zu erfolgen. 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.

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

1. Enterale Ernährung (Technik und Nahrung, nur Folgeversorgung)
2. Saugende Inkontinenzversorgung
3. Bade- und Toiletthilfen
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

(4) 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 BVAEB

1. wenn die zur Verordnung berechnete Person in einer persönlichen oder wirtschaftlichen Abhängigkeit zur abgabeberechneten Stelle steht, oder
2. für Anspruchsberechtigte, die sich in Anstaltspflege befinden, deren Leistungen durch Zahlungen im Sinne der §§ 68 B-KUVG iVm 148 ff ASVG als abgegolten gelten, oder
3. für Anspruchsberechtigte, deren Betreuung im Rahmen der Sozialhilfe erfolgt und keine Leistung der Krankenbehandlung im Sinne des B-KUVG darstellt.

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

(6) Eine Abgabe von sonstigen Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Kosten der BVAEB gem. Abs. 1 im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege nach § 71 B-KUVG ist zulässig.“

Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

§ 23. Die BVAEB übernimmt Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

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

3. Abschnitt

Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege

Anstaltspflege

§ 24. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte kann Anstaltspflege in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt oder in einer privaten Vertragskrankenanstalt auf Grund einer Einweisung durch einen Arzt*eine Ärztin oder durch die BVAEB als Sachleistung in Anspruch nehmen. Als Anspruchsnachweis und allfällige Bewilligung gilt die von der BVAEB abgegebene Versicherungszuständigkeits- bzw. Kostenübernahmeerklärung an die Krankenanstalt.

(2) Der*Die Anspruchsberechtigte kann ärztliche Leistungen im Rahmen einer Anstaltspflege in einem Belegspital bei einem Vertragsarzt*einer Vertragsärztin als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen.

(3) Die satzungsmäßigen Leistungen bei Anstaltspflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse kann der*die Anspruchsberechtigte in Krankenanstalten, die darüber mit der BVAEB einen Vertrag geschlossen haben, als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Medizinische Hauskrankenpflege

§ 25. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte kann medizinische Hauskrankenpflege bei einer Vertragsorganisation der BVAEB als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Er*Sie kann auch einen*eine zur selbständigen Berufsausübung berechnete*n Angehörige*n des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege heranziehen und dafür eine Ersatzleistung beantragen. Medizinische Hauskrankenpflege bedarf der Anordnung und der Aufsicht eines Arztes*einer Ärztin.

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

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

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

4. Abschnitt

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

Unterbringung in einer Krankenanstalt

§ 26. Der*Die Anspruchsberechtigte wird in einer Sonderkrankenanstalt der BVAEB oder in einer Vertragskrankenanstalt nach Maßgabe der vom Verwaltungsrat erlassenen Richtlinien auf Rechnung der BVAEB rehabilitiert. Der*Die Anspruchsberechtigte hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie erst nach Vorliegen der schriftlichen Bewilligung antreten. Er*Sie hat die Bewilligung der BVAEB bei Antritt des Rehabilitationsaufenthaltes vorzuweisen.

Ambulante Rehabilitation

§ 27. Der*Die Anspruchsberechtigte kann anstelle der stationären Unterbringung gemäß § 26 die Rehabilitation der Phase II auch in ambulanter Form nach Maßgabe der vom Verwaltungsrat erlassenen Richtlinien auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Der*Die Anspruchsberechtigte hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie nur unter Vorlage der schriftlichen Bewilligung der BVAEB antreten.

Andere Leistungen

§ 28. Der*Die Anspruchsberechtigte erhält ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen einer medizinischen Maßnahme der Rehabilitation nach Maßgabe der vom Verwaltungsrat erlassenen Richtlinien unter Anwendung der §§ 14 bis 22.

5. Abschnitt

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung

§ 29. Der*Die Anspruchsberechtigte kann konservierende und chirurgische Zahnbehandlung bei einem Vertragszahnarzt*einer Vertragszahnärztin, einem Vertragsdentisten*einer Vertragsdentistin, einer Vertragsgruppenpraxis, einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. § 14 gilt sinngemäß. Erfolgt bei einem*einer niedergelassenen Zahnarzt*Zahnärztin, einem Dentisten*einer Dentistin oder in einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers eine in der Satzung vorgesehene Behandlung, die nicht im Zahnärzte-Gesamtvertrag enthalten ist, kann der*die Anspruchsberechtigte den dafür vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

Kieferorthopädische Behandlung

§ 30. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte kann kieferorthopädische Behandlung bei einem Vertragszahnarzt*einer Vertragszahnärztin, einem Vertragsdentisten*einer Vertragsdentistin, einer Vertragsgruppenpraxis, einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Eine Hauptbehandlung im Sinn des § 69a B-KUVG in der späten Phase des Wechselgebisses durch einen niedergelassenen Zahnarzt*eine niedergelassene Zahnärztin, einen Dentisten*eine Dentistin bzw. in einer Gruppenpraxis erfolgt nur durch Vertragspartner*innen im Sinn des „Gesamtvertrags Kieferorthopädie“ auf Rechnung der BVAEB.

(2) Der*Die Anspruchsberechtigte hat durch sein*ihr Verhalten das Erreichen der Behandlungsziele zu unterstützen, widrigenfalls die Behandlung abgebrochen werden kann. Er*Sie hat im Rahmen seiner*ihrer Mitwirkungspflicht insbesondere

1. für ausreichende Mundhygiene Sorge zu tragen,
2. die vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten,
3. die Therapieempfehlungen und Therapiemaßnahmen zu befolgen,
4. mit den Behandlungsgeräten sorgfältig umzugehen.

(3) Über die in der Satzung vorgesehenen Teilzahlungen des Gesamtpauschales hinaus leistet die BVAEB keine Raten auf Ersatzleistungen für kieferorthopädische Behandlungen.

Zahnersatz

§ 31. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte kann Zahnersatz vorbehaltlich des Abs. 2 bei einem Vertragszahnarzt*einer Vertragszahnärztin, einem Vertragsdentisten*einer Vertragsdentistin, einer Vertragsgruppenpraxis, einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers, einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder einem Vertragsambulatorium als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. § 14 gilt sinngemäß.

(2) Festsitzenden Zahnersatz kann der*die Anspruchsberechtigte in einer Vertragsambulanz einer Krankenanstalt oder in einem Vertragsambulatorium auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Werden diese Maßnahmen von einem*einer niedergelassenen Arzt*Ärztin oder Dentisten*Dentistin bzw. in einem Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers durchgeführt, kann der*die Anspruchsberechtigte den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

6. Abschnitt

Leistungen bei Mutterschaft

Ärztlicher Beistand

§ 32. Für die ärztliche Betreuung der Schwangeren bzw. der Wöchnerin, für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie für den ärztlichen Beistand während einer krankhaft verlaufenden Geburt gilt § 14. Zu den Kosten des ärztlichen Beistandes bei einer normal verlaufenden Geburt kann die Anspruchsberechtigte den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

Beistand durch eine Hebamme oder eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester

§ 33. (1) Die Anspruchsberechtigte kann die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburtshilfe und die Betreuung im Wochenbett bei einer Vertragshebamme als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen.

(2) Konsultiert die Anspruchsberechtigte anstelle einer Hebamme eine zur freiberuflichen Berufsausübung berechnigte diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester, kann sie den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen.

Heilmittel und Heilbehelfe

§ 34. Für die Beistellung eines Heilmittels oder eines Heilbehelfes aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gelten die §§ 20 und 22.

Pflege in einer Krankenanstalt

§ 35. Für die Pflege in einer Krankenanstalt aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gilt § 24.

Wochengeld

§ 36. (1) Eine Anspruchsberechtigte hat der BVAEB mit dem Antrag auf Wochengeld folgende Unterlagen vorzulegen:

1. eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag,
2. im Fall des vorzeitigen Wochengeldanspruches wegen eines besonderen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz das darin vorgesehene Freistellungszeugnis,
3. eine Bestätigung des Dienstgebers*der Dienstgeberin über
 - a) die Höhe des in den letzten drei Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft erzielten Nettoarbeitsverdienstes und
 - b) den Anspruch auf Sonderzahlungen,
4. einen Nachweis eines allfälligen Bezuges einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (z. B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) oder von Kinderbetreuungsgeld während des in Z 3 lit. a genannten Zeitraumes.

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

1. im Fall einer Entbindung im Ausland oder auf Aufforderung der BVAEB die Geburtsurkunde des Kindes;
2. eine ärztliche Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt oder Kaiserschnittentbindung.

(3) Eine Anspruchsberechtigte hat der BVAEB mit dem Antrag auf Sonderwochengeld die Unterlagen nach Abs. 1 Z 1, Z 2, Z 4 und Abs. 2 vorzulegen.

7. Abschnitt

Erweiterte Heilbehandlung und Gesundheitsfürsorge

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge

§ 37. (1) Die BVAEB setzt Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsfürsorge in eigenen Einrichtungen oder in Vertragseinrichtungen als Sachleistung oder in Form eines Zuschusses nach Maßgabe der vom Verwaltungsrat erlassenen Richtlinien. Der*Die Anspruchsberechtigte hat solche Maßnahmen auf dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen und darf sie erst nach Vorliegen der schriftlichen Bewilligung antreten. Er*Sie hat die Bewilligung der BVAEB in der eigenen Einrichtung bzw. Vertragseinrichtung vorzuweisen.

(2) Die BVAEB zahlt den bewilligten Zuschuss nach Abschluss der Maßnahme aus, sobald der*die Anspruchsberechtigte der BVAEB den Aufenthalt am Kurort, die erhaltenen Kuranwendungen und die Kosten der Beherbergung nachgewiesen hat. § 46 wird nicht berührt.

Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation

§ 38. Die BVAEB setzt Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation nach Maßgabe der vom Verwaltungsrat erlassenen Richtlinien. Diese Maßnahmen sind schriftlich zu beantragen.

8. Abschnitt Reise-(Fahrt-) und Transportkosten

Reise-(Fahrt-)kosten

§ 39. Der*Die Anspruchsberechtigte kann den Ersatz von Reise-(Fahrt-)kosten unter Bedachtnahme auf den 3. Teil der Krankenordnung beantragen; die Kosten eines öffentlichen Verkehrsmittels müssen jedoch nicht belegt werden. Der*Die Anspruchsberechtigte hat die Inanspruchnahme der Behandlungsstelle, die Ziel der Fahrt war, nachzuweisen. Beantragt er*sie 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*ihres körperlichen oder geistigen Zustandes einer Begleitperson bedurfte.

Krankentransport

§ 40. Der*Die Anspruchsberechtigte kann einen Krankentransport bei einem Rettungsdienst oder einem gewerblichen Personenbeförderungsunternehmen, mit dem die BVAEB einen Vertrag abgeschlossen hat, als Sachleistung auf Rechnung der BVAEB in Anspruch nehmen. Er*Sie benötigt einen Transportauftrag eines Arztes*einer Ärztin, in dem die Notwendigkeit und die medizinisch unbedingt erforderliche Art des Transportes im Sinn der Satzung bescheinigt werden.

9. Abschnitt Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Rehabilitationsgeld und Wiedereingliederungsgeld

Bestätigung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit

§ 41. (1) Ein Versicherter*Eine Versicherte im Sinn des § 84 B-KUVG hat sich Beginn, Ursache, (voraussichtliches) Ende bzw. Fortdauer einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit unverzüglich von einem Arzt*einer Ärztin bestätigen zu lassen; Bestätigungen von Fachärzten*Fachärztinnen für Radiologie oder Labordiagnostik genügen nicht. Der*Die Arbeitsunfähige hat sich zu vergewissern, dass der Arzt*die Ärztin die Arbeitsunfähigkeit der BVAEB über das elektronische Verwaltungssystem ELSY (§ 31a ASVG) oder auf dem dafür vorgesehenen Formular meldet. Die Übermittlung einer Bestätigung eines Wahlarztes*einer Wahlärztin an die BVAEB obliegt jedenfalls dem*der Arbeitsunfähigen. Der*Die Arbeitsunfähige ist erst dann von seiner*ihrer Meldepflicht (§ 84 B-KUVG in Verbindung mit § 143 Abs. 2 ASVG) befreit, wenn die Bestätigung tatsächlich bei der BVAEB einlangt. Nützt der Arzt*die Ärztin ELSY nicht, hat der*die Versicherte ihm*ihr das Formular vorzulegen, das die BVAEB ersterem*ersterer dafür zur Verfügung stellt. Endet die Arbeitsunfähigkeit vor dem ärztlich bestätigten voraussichtlichen Tag, ist eine Bestätigung über den tatsächlichen Zeitpunkt nicht erforderlich; in diesem Fall hat der*die Versicherte der BVAEB das tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich zu melden.

(2) Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt kann der*die Arbeitsunfähige der BVAEB anstelle einer ärztlichen Krankmeldung eine Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt vorlegen. Ist er*sie nach der Entlassung aus der Krankenanstalt noch nicht arbeitsfähig, benötigt er*sie eine ärztliche Bestätigung gemäß Abs. 1.

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

Meldung der Beitragsgrundlage

§ 42. (1) Der*Die Anspruchsberechtigte hat der BVAEB für die Berechnung des Krankengeldes eine Bestätigung des Dienstgebers*der Dienstgeberin über die Höhe und die Dauer seiner*ihrer Entgeltansprüche vor und während der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die Vorlage dieser Bestätigung gilt als Antrag auf Krankengeld.

(2) Für die Berechnung des Rehabilitationsgeldes hat der*die Anspruchsberechtigte der BVAEB eine Bestätigung des Dienstgebers*der Dienstgeberin über die Höhe und die Dauer seiner*ihrer Entgeltansprüche vor und während des Bezuges von Rehabilitationsgeld vorzulegen.

(3) Für die Berechnung des Wiedereingliederungsgeldes hat der*die Anspruchsberechtigte der BVAEB eine Bestätigung des Dienstgebers*der Dienstgeberin über die Höhe und die Dauer seiner*ihrer Entgeltansprüche während des Bezuges von Wiedereingliederungsgeld vorzulegen, und zwar einerseits über die Höhe bei Normalarbeitszeit und andererseits beim jeweils reduzierten Stundenausmaß.

Besondere Pflichten des*der Arbeitsunfähigen

§ 43. Eine*n Versicherte*n im Sinn des § 84 B-KUVG, der*die arbeitsunfähig infolge Krankheit ist, treffen folgende besondere Pflichten:

1. Der*Die Arbeitsunfähige hat der BVAEB und dem*der behandelnden Arzt*Ärztin mitzuteilen:
 - a) den Grund der Arbeitsunfähigkeit
 - b) den Konsum von Alkohol oder Suchtgiften vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
2. Der*Die Arbeitsunfähige hat die Anordnungen des Arztes*der Ärztin, die der Heilung dienen sollen, zu befolgen. Vom Arzt*Von der Ärztin angeordnete Bettruhe oder Ausgehzeit ist einzuhalten. Die BVAEB kann aus medizinischen Gründen Bettruhe oder eine Ausgehzeit festlegen, wenn eine diesbezügliche Anordnung des*der

Krankenordnung - Neufassung

behandelnden Arztes*Ärztin fehlt, oder eine von der Anordnung des*der behandelnden Arztes*Ärztin abweichende Regelung treffen. Der*Die Arbeitsunfähige hat jedes Verhalten, das geeignet ist, die Genesung zu beeinträchtigen, zu vermeiden. Insbesondere ist ihm*ihr die Verrichtung von Erwerbsarbeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, untersagt.

3. Will der*die Arbeitsunfähige oder ein Bezieher*eine Bezieherin von Rehabilitationsgeld seinen*ihren Aufenthalt innerhalb seines*ihrer Wohnortes für mehr als einen Tag ändern, hat er*sie dies vorher der BVAEB zu melden. Will er seinen*sie ihren Wohnort für mehr als einen Tag verlassen, hat er*sie vorher die Zustimmung der BVAEB einzuholen. Die BVAEB erteilt die Zustimmung, wenn
 - a) der Ortswechsel von der behandelnden Stelle befürwortet wird,
 - b) der Ortswechsel sich nicht negativ auf den Heilungsverlauf bzw. das Erreichen des Rehabilitationszieles auswirken kann und
 - c) am neuen Aufenthaltsort die notwendige medizinische Betreuung für die Fortführung der laufenden Behandlung gewährleistet ist.
4. Der*Die Arbeitsunfähige hat der BVAEB Beginn und Ende eines Bezuges von Übergangsgeld zu melden.
5. Der*Die Arbeitsunfähige hat der BVAEB einen Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung unverzüglich nach Zustellung in Kopie zu übermitteln.

Wiedereingliederungsgeld

§ 44. Der*Die Versicherte, dem*der Wiedereingliederungsteilzeit bewilligt wurde, muss

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

der BVAEB unverzüglich melden.

Betreuungs- und Auszahlungsstellen

§ 45. Die im aktiven Dienst der Österreichischen Bundesbahnen stehenden Versicherten werden betreffend Krankengeldbezug im Auftrag der BVAEB von den mit der Durchführung von Krankenversicherungsangelegenheiten betrauten Dienststellen der Österreichischen Bundesbahnen betreut, die auch das Krankengeld auszahlen. Diese Versicherten haben alle im Fall der Arbeitsunfähigkeit vorgesehenen Meldungen sowohl diesen Betreuungsstellen als auch der BVAEB zu übermitteln, Anträge auf Krankengeld sind bei den Betreuungsstellen einzubringen.

3. Teil**Ersatzleistungen (Kostenerstattung und Kostenzuschüsse)****Nachweise**

§ 46. (1) Beantragt der*die Anspruchsberechtigte den Ersatz von Kosten, hat er*sie der BVAEB sowohl die Rechnung als auch den Saldierungs-(Zahlungs-)nachweis zu übergeben. Im Fall des Zweifels an der Echtheit der Herkunft oder der Unversehrtheit des Inhalts sowie bei mangelnder Lesbarkeit der vorgelegten Urkunden hat der*die Anspruchsberechtigte die Originale vorzulegen. Liegt kein Zahlungsnachweis vor, kann der*die Anspruchsberechtigte die Zahlung im begründeten Einzelfall mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen. Die Rechnung oder ein anderer geeigneter Nachweis muss, unbeschadet der Vorschriften des Umsatzsteuergesetzes, folgende Angaben enthalten:

1. Vor- und Familienname des*der Anspruchsberechtigten,
2. Wohnadresse des*der Anspruchsberechtigten,
3. Ausstellungsdatum,
4. Diagnose (in Worten oder in ICD-10-Code) und Begründung für die Leistung,
5. genaue Angaben über die erbrachten Leistungen, gegebenenfalls
 - a) die Therapie(methode),
 - b) die Zahl und allenfalls die Dauer der Ordinationen, Therapieeinheiten, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- oder Feiertagsordinationen,
 - c) bei Sonn- oder Feiertagsordinationen, Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung,
 - d) die Sonderleistungen,
 - e) das Datum, an dem die Leistungen erbracht wurden, bei Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die Uhrzeit,
6. Namen (Firma) und Adresse des Leistungserbringers*der Leistungserbringerin, bei Inanspruchnahme einer Wahl-Gruppenpraxis auch Namen und Fachgebiet des*der behandelnden Arztes*Ärztin.

(2) Die BVAEB stellt die Originalrechnung und den Zahlungsnachweis nur im Fall von Abs. 1 Satz 2 zurück und vermerkt die Leistung eines Kostenersatzes auf der Originalrechnung.

Pflegekostenzuschuss

§ 47. Der Antrag auf Leistung des Pflegekostenzuschusses für Anstaltspflege in einer dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds angehörenden Wahlkrankenanstalt ist bei der BVAEB einzubringen.

4. Teil

e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

Wesen und Zweck der e-card

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

(2) Bei Beginn einer Versicherung hat der*die Versicherte die e-card der jeweils meldepflichtigen Stelle (§§ 11 ff. B-KUVG), insbesondere dem*der Dienstgeber*in bzw. der personalführenden Stelle, gemeinsam mit einem amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Wurde während eines Versicherungsverhältnisses eine neue e-card mit geändertem Namen (Namensbestandteil, akademischem Grad) und/oder geänderter Versicherungsnummer ausgestellt, hat der*die Versicherte die meldepflichtige Stelle davon zu verständigen und ihr auf deren Verlangen die neue e-card vorzulegen.

(3) Die Ordinationskarte eines Vertragspartners*einer Vertragspartnerin ist keine e-card oder EKVK im Sinn dieser Krankenordnung.

Ausstellen der e-card

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

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

- a) Vorname und Familienname,
- b) Geschlecht,
- c) Geburtsdatum (zumindest Geburtsjahr),
- d) Geburtsort und, wenn dieser im Inland gelegen ist, das Bundesland, wenn er im Ausland gelegen ist, der Staat, in dem sich dieser Ort befindet,
- e) Staatsangehörigkeit,
- f) Wohnsitz, mangels Wohnsitz die Zustelladresse,
- g) Angaben, die
 - nach 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 Z 1 ASVG) notwendig sind, einschließlich der Adresse, die dem Ergänzungsregister gegenüber angegeben wird,
- h) bei Fremden: Art, Nummer, Ausstellungsbehörde und Ausstellungsdatum eines Reisedokumentes oder eines anderen amtlichen Dokuments, mit Hilfe dessen die in lit. a bis e angeführten Identitätsdaten bestätigt werden können.

(3) Der*Die Anspruchsberechtigte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass sie in allen optisch lesbaren Teilen richtig ausgefüllt ist. Fehler und Unstimmigkeiten (z. B. bei der Schreibweise von Namen, Titeln oder bei der Versicherungsnummer) sind unverzüglich mit der BVAEB zu klären. Namensschreibweise und Geburtsdatumsangaben richten sich nach den für die Kartenausstellung bestehenden technischen und rechtlichen Möglichkeiten, insbesondere was die Schreibweise von Sonderzeichen und die Geburtsdatumsangaben (§ 358 Abs. 3 ASVG) betrifft. Es liegt kein Fehler vor, wenn Abweichungen in der Schreibweise oder die unvollständige Wiedergabe auf die Zeichensätze oder Datenfeldlängen zurückzuführen sind, welche für die Karten verwendet werden.

(4) Die BVAEB stellt dem*der Anspruchsberechtigten eine neue Karte aus,

- a) falls Personenstandsdaten geändert worden sind,
- b) falls eine Karte abhanden gekommen ist,
- c) falls dies aus betrieblichen Gründen erforderlich ist,
- d) falls sich eine Kartensperre nach § 55 Abs. 1 lit. c oder d als nicht mehr erforderlich erweist.

e-card-Ersatzbeleg

§ 50. (1) Die BVAEB stellt dem*der Anspruchsberechtigten auf Antrag einen e-card-Ersatzbeleg aus,

Krankenordnung - Neufassung

1. falls bei Erstaussstellung oder Tausch einer e-card kein Lichtbild von ihm* ihr vorhanden ist und keine Ausnahmebestimmung betreffend Anbringen eines Lichtbildes auf der e-card greift, nach Ablauf der Frist des § 3 Abs. 4,
2. falls eine e-card auf Grund von § 49 Abs. 1 und 2 nicht ausgestellt werden kann.

Kann die e-card aus den Gründen des § 55 nicht verwendet werden, wird ein e-card-Ersatzbeleg nicht ausgestellt.

(2) Der e-card-Ersatzbeleg gilt im Fall des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des im Ausstellungszeitpunkt laufenden Abrechnungszeitraums, die Gültigkeit kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit bis zum Ende des nachfolgenden Abrechnungszeitraums verlängert werden. Im Fall des Abs. 1 Z 2 behält sich die BVAEB Einschränkungen der Gültigkeit dieses Beleges vor.

Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

§ 51. (1) Die EKVK dient zur Dokumentation von Leistungsansprüchen im Sinn des § 6 Abs. 1 lit. a. Die EKVK wird von der BVAEB ausgestellt durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card. § 49 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 BVAEB in der Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind,
 - c) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre sowie
 - d) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
2. von fünf Jahren für Personen, die
 - a) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre und
 - b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
3. von einem Jahr für Personen, die
 - a) in den letzten fünf Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens ein Jahr und
 - b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
4. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, mindestens jedoch von fünf Jahren, für Kinder.

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

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

EKVK-Ersatzbescheinigung

§ 52. Die BVAEB stellt die „provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte“ im Sinn der Vorschriften der Europäischen Union nach dem im Amtsblatt der Europäischen Union verlautbarten Muster auf Antrag für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes, höchstens aber für ein Jahr aus

- a) in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann, oder
- b) auf ausdrücklichen und sachlich begründeten Wunsch des*der Anspruchsberechtigten zusätzlich zu einer gültigen EKVK, oder
- c) wenn eine EKVK gemäß § 51 Abs. 1 bis 3 nicht ausgestellt werden darf.

Umgang mit e-card und EKVK

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

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

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

Krankenordnung - Neufassung

3. nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig solchen mechanischen, elektromagnetischen und chemischen Einwirkungen ausgesetzt werden, durch welche die Verwendbarkeit der Karte eingeschränkt würde (z. B. durch Lagerung unter dem Gefrierpunkt, in direkter Sonneneinstrahlung, großer Hitze oder einem Magnetfeld).

Blinde und schwer sehbehinderte Personen haben allerdings das Recht, ihre e-card an der dem Chip gegenüberliegenden rechten äußeren Kante durch kleine Einkerbungen, welche die Lesbarkeit der Karte auch auf deren Rückseite nicht beeinträchtigen, individuell zu kennzeichnen.

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

Melde- und Auskunftspflichten

§ 54. (1) Der*Die Besitzer*in einer e-card (EKVK) hat der BVAEB zu melden:

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

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

1. bei der BVAEB nach Maßgabe der Erreichbarkeitskundmachung nach § 13 AVG oder
2. mündlich, per E-Mail oder Telefax bei der gemeinsamen Meldestelle aller Versicherungsträger (Serviceline der österreichischen Sozialversicherung) oder
3. über das dafür vorgesehene Internetangebot der österreichischen Sozialversicherung unter www.sozialversicherung.at.

(3) Hinsichtlich der Meldepflichten eines Signators*einer Signatorin nach dem Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (§ 5 SVG) ist die BVAEB Empfangsstelle für Meldungen betreffend Zertifikate,

- a) die vom Dachverband der Sozialversicherungsträger als Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt wurden oder
- b) die aufgrund eines Vertrages mit dem Dachverband im Rahmen des elektronischen Verwaltungssystems ELSY von einem anderen Zertifizierungsdiensteanbieter ausgestellt wurden, wenn dies im Einvernehmen mit dem Dachverband so vorgesehen ist.

Die Meldung an die BVAEB umfasst das Verlangen nach Widerruf oder Sperre eines solchen Zertifikates auf Grund der signaturrechtlichen Bestimmungen und erfüllt allfällige Verpflichtungen des Benützers*der Benützerin hinsichtlich des Widerrufs oder der Sperre der in lit. a und b angesprochenen Zertifikate. Für die Sperre anderer Funktionen und Zertifikate ist der*die Benutzer*in selbst und auf eigenes Risiko verantwortlich. Die BVAEB ist weder berechtigt noch verpflichtet, Verlustmeldungen an andere Stellen weiterzuleiten.

Sperre und Einzug, Rücksendung oder Vernichtung

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

- a) falls die Karte auf Grund des Sachverhalts auf Dauer oder auf unbestimmte Zeit nicht mehr berechtigt verwendet werden kann (z. B. bei Tod des*der Anspruchsberechtigten),
- b) im Fall einer Meldung nach § 54 Abs. 1 lit. b, oder falls die BVAEB die Karte aus anderen Gründen durch eine andere ersetzt (§ 49 Abs. 4, § 51 Abs. 4),
- c) bei Verdacht auf unerlaubte Änderungen (§ 53 Abs. 3),
- d) bei Verdacht auf unrechtmäßige Verwendung.

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

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

Die Sperre verändert einen bestehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht. In den Fällen des Abs. 1 lit. c und d verständigt die BVAEB den Betroffenen*die Betroffene von der Sperre und deren Begründung und gibt ihm*ihr 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 Verwendbarkeitsbeschränkung der BVAEB zu überlassen, wenn sie dies verlangt. In den Fällen des Abs. 1 lit. c und d wird eine e-card (EKVK), die in den Einflussbereich der BVAEB gelangt, ohne Vorankündigung eingezogen.

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

5. Teil **Übergangs- und Schlussbestimmungen**

e-card

§ 56. Konsultiert der*die Anspruchsberechtigte eine*n Vertragspartner*in, dessen*deren Berufsgruppe noch nicht in ELSY einbezogen ist, ist § 3 Abs. 2 nicht anzuwenden. Die Vorlage von e-card oder Ersatzbeleg nach § 3 Abs. 1 gilt diesfalls als Anspruchsnachweis.

Wirksamkeit und Übergangsbestimmungen

§ 57. (1) Die Krankenordnung 2020 tritt am 1. Jänner 2020 in Kraft.

(2) Für Versichertengruppen der BVAEB, für die bis 31. Dezember 2019 die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) die Krankenversicherung durchgeführt hat, gilt § 24 Abs. 3 nur in Bezug auf Krankenanstalten, deren Vertrag die Aufnahme auch dieser Anspruchsberechtigten auf die Sonderklasse bereits umfasst.

(3) Vereinbarungen mit Privatbahnunternehmen oder Bergbaubetrieben im Sinn des § 64 Abs. 3 der Krankenordnung 2016 der VAEB werden von der BVAEB nicht abgeschlossen. Die am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarungen über die Einrichtung von Betreuungs- und Auszahlungsstellen gehen auf die BVAEB über. Für die darunter fallenden Dienstnehmer*innen gilt § 45 sinngemäß.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 58. Die 1. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt mit dem auf die Verlautbarung folgenden Monatsersten in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 59. Die 2. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt mit 01.09.2023 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 60. Die 3. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt mit 01.01.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 61. Die 4. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt rückwirkend mit 01.01.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 62. Die 5. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt mit 01.08.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 63. Die 6. Änderung der Krankenordnung 2020 tritt mit 01.01.2025 in Kraft.

Anhang 1

Bewilligungspflichtige Leistungen

Die zu den folgenden Punkten aufgezählten Leistungen sind unter den angeführten Bedingungen bewilligungspflichtig (§ 4):

1. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (§§ 14 bis 19)
 - a) Psychotherapie und klinisch-psychologische Behandlung ab der elften Sitzung
 - b) kosmetische Behandlung
 - c) Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung
 - d) heparininduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapherese (HELP-Therapie)
 - e) operative Maßnahme zur Gewichtsreduktion
 - f) Heimdialyse

Krankenordnung - Neufassung

- g) ambulante Tumorbehandlung durch punktförmige Bestrahlung mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen
Der*Die Anspruchsberechtigte hat alle zur Beurteilung der Bewilligung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, insbesondere die Empfehlung durch das für die zuweisende Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard.

2. Heilmittel (§§ 20 und 34)

- a) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung nicht im Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4 ASVG) enthalten sind („No-Box-Präparate“)
- b) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung im roten Bereich des Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4 lit. a ASVG) enthalten sind
- c) Arzneien und sonstige Mittel, die im Zeitpunkt der Verschreibung im gelben Bereich des Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4 lit. b ASVG) enthalten sind, es sei denn, sie unterliegen gemäß einer Verlautbarung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger im Internet (www.ris.bka.gv.at/Avsv) der nachfolgenden Kontrolle, dies wiederum unter dem Vorbehalt einer Bewilligungspflicht gemäß § 350 Abs. 3 letzter Satz ASVG.

Die Bewilligung von Arzneispezialitäten und Stoffen für magistrale Zubereitungen hat unbeschadet des Bescheidrechtes des*der Anspruchsberechtigten ausnahmslos der*die verordnende Arzt*Ärztin einzuholen (§ 350 Abs. 3 ASVG).

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

§ 12 Abs. 1 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung, BGBl. II Nr. 473/2004, wird von diesem Punkt nicht berührt.

3. Heilbehelfe und Hilfsmittel (§§ 22 und 34)

- a) Arm- und Beinprothesen
- b) Beatmungsgeräte
- c) Diabetikerversorgung
- d) Haftschalen (Kontaktlinsen)
- e) Hörgeräte
- f) Krankenfahrräder
- g) Orthopädische Schuhe einschließlich Ausgestaltung, Adaptierung von Konfektionsschuhen

4. Anstaltspflege (§ 24)

Aufnahme in eine Krankenanstalt im Fall einer Leistung im Sinn des Punktes 1 lit. b, c oder e

5. Medizinische Hauskrankenpflege (§ 25)

Medizinische Hauskrankenpflege ab der fünften Woche

6. Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation (§§ 26 bis 28)

Alle Maßnahmen einschließlich der aus diesen Titeln beantragten Heilbehelfe und Hilfsmittel, sofern diese aus dem Titel der Krankenbehandlung bewilligungspflichtig sind.

7. Konservierende oder chirurgische Zahnbehandlung (§ 29)

- a) Nachbehandlung nach einem blutigen Eingriff
ab der vierten Sitzung pro Quadrant
- b) Behandlung empfindlicher Zahnhälse
ab der vierten Sitzung pro Behandlungsfall
- c) Bestrahlung
ab der vierten Sitzung pro Quadrant
- d) Röntgenaufnahmen
ab der sechsten Aufnahme innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Monaten
neben einem Zahnrontgenstatus innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Monaten, ausgenommen bei Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion oder Wurzelsuche
- e) Stomatitisbehandlung
ab der zehnten Sitzung pro Kalendervierteljahr
- f) therapeutische Injektion

8. Kieferorthopädische Behandlung (§ 30)

- a) Interzeptive Behandlung
- b) Hauptbehandlung für Anspruchsberechtigte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr
- c) Hauptbehandlung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit einer Zahn- oder Kieferfehlstellung geringer als Grad 4 nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN).
- d) Jegliche Behandlung mit außervertraglichen Leistungen oder durch einen*eine Wahlbehandler*in.

Krankenordnung - Neufassung

- e) Reparatur eines kieferorthopädischen Apparates bei bewilligungsfreien Behandlungen oder Behandlungen nach lit. a.

Der*Die Anspruchsberechtigte hat der BVAEB einen ausführlichen Befund über den Zahnstatus, die Indikation und den Grad der Fehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN) sowie den Behandlungsplan vorzulegen. Er*Sie ist außerdem verpflichtet, die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch den Behandler*die Behandlerin zu veranlassen.

Die Bewilligung ist für jedes Behandlungsjahr einzuholen, falls dafür Einzelvergütung vorgesehen ist.

- 9. Zahnersatz (§ 31)
Jede Art von Zahnersatz, nicht aber Reparaturen.
- 10. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Gesundheitsfürsorge (§§ 37 und 38)
Alle Maßnahmen
- 11. Krankentransport (§ 40)
 - a) Flugtransport
 - b) Krankentransport bei einer Serienbehandlung (ausgenommen zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie) ab dem fünften Transport

Anhang 2

Therapieabhängige Normabgabemengen für Heilbehelfe und Hilfsmittel

- 1. Blutzuckerteststreifen bei:

a) Basis Bolus Therapie	je ¼ Jahr	650 Stück
b) Verwendung einer Insulinpumpe	je ¼ Jahr	650 Stück
c) Insulinpflichtiger/nicht insulinpflichtiger Gestationsdiabetes	je ¼ Jahr	550 Stück
d) schwangeren Diabetikerinnen	je ¼ Jahr	650 Stück
e) BOT – basisunterstützter oraler Therapie (z. B. Bed-Time-Insulin)	je ¼ Jahr	200 Stück
f) allen anderen Insulintherapien	je ¼ Jahr	300 Stück
g) Therapie mit oralen Antidiabetika	je ¼ Jahr	100 Stück
h) nicht medikamentöser Diabetesbehandlung	je ½ Jahr	50 Stück
		+ 50 Stück bei Manifestation
- 2. Die Abgabemenge für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen orientiert sich an der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.