Krankenordnung der Österreichischen Gesundheitskasse
KrankenO OEGK 2020

Hinweis: Beim vorliegenden Dokument handelt es sich um eine konsolidierte Fassung. Konsolidierung bedeutet, dass in einer Rechtsvorschrift sämtliche kundgemachten Änderungen und Berichtigungen eingearbeitet wurden. Dieses Dokument dient lediglich der Information, ist also rechtlich unverbindlich. Die rechtlich verbindliche Fassung finden Sie unter www.ris.bka.gv.at/Avsv/:

Stammfassung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 70/2020)
1. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 73/2020)
2. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 109/2020)
3. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 84/2021)
4. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 45/2022)
5. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 100/2022)
6. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 27/2023)
7. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 92/2023)
8. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 40/2024)
9. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 102/2024)
10. Änderung	der Krankenordnung 2020 (avsv Nr. 21/2025)

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt	**Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen**
1. Unterabschnitt	Ärztliche Hilfe
§ 1	Allgemeines
§ 2	e-card und Europäische Krankenversicherungskarte
§ 3	Begriffsbestimmungen
§ 4	Ausstellung der e-card
§ 5	Allgemeine Verwendung der e-card und der EKVK-Information über Karteninhalte der e-card
§ 6	Benützung der e-card, der Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer Ersatzbescheinigung für Leistungen der Österreichischen Gesundheitskasse im In- und Ausland
§ 6a	Ausstellung von Ersatzbelegen bei fehlendem Lichtbild
§ 7	Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein
§ 8	Arztwechsel
§ 9	*aufgehoben*
§ 10	Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK European Health Insurance Card – EHIC
§ 11	Gültigkeitsdauer der Europäischen Krankenversicherungskarte
§ 12	Einschränkungen für die Ausstellung einer EKVK
§ 13	Verlust, Sperre und Neuausstellung der e-card und der EKVK nach einer Verlustmeldung
§ 14	Änderung der Angaben auf der e-card und der EKVK
§ 15	Verzicht und Kartenrückgabe von e-card oder EKVK
§ 16	Behandlung in der Ordination
§ 17	Ärztliche Krankenbesuche
§ 18	Auswahl des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin für Krankenbesuche
§ 19	Besondere Mitteilungspflichten bei Leistungsinanspruchnahme
2. Unterabschnitt	Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind
§ 20	Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung
§ 21	Physiotherapie
§ 22	Ergotherapie

§ 23	Psychotherapie durch Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen
§ 23a	Klinisch-psychologische Behandlung durch Klinische Psychologen/Psychologinnen
§ 24	Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin
3. Unterabschnitt	Regelungen für die Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht
§ 25	Verpflichtungen des/der Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht
2. Abschnitt	**Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§§ 153 und 153a ASVG)**
§ 26	Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen
§ 27	Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)
3. Abschnitt	**Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel (§§ 136, 137 und 154 ASVG)**
§ 28	Heilmittel
§ 29	Nachweis des Jahres-Nettoeinkommens für die Befreiung von der Rezeptgebühr
§ 30	Heilbehelfe
§ 31	Hilfsmittel
§ 32	Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge
§ 32a	Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen ihrer Berufsbefugnis
4. Abschnitt	**Krankengeld (§§ 138 ff ASVG)**
§ 33	Arbeitsunfähigkeitsmeldung
§ 34	Meldung des Arbeitsentgeltes
§ 35	Nachweis der Anspruchsberechtigung für ein erhöhtes Krankengeld
§ 36	*(aufgehoben)*
5. Abschnitt	**Kostenerstattung (§ 131 ASVG)**
§ 37	Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten/Wahlärztinnen, Wahl-Gruppenpraxen oder sonstigen Wahleinrichtungen
§ 38	Ausschluss der Kostenerstattung
§ 39	Sonstige Vorschriften bei Kostenerstattung
§ 40	Kostenerstattung nach der Satzung für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen und Wahleinrichtungen
§ 41	Kostenerstattung bei Erbringung von Leistungen nach § 153a Abs. 4 ASVG
§ 42	Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung (§ 153a Abs. 6 ASVG)
§ 43	Gleichstellung von Heilmittel-Verordnungen durch Ärzte/Ärztinnen (Zahnärzte/Zahnärztinnen), die in keinem Vertragsverhältnis der Österreichischen Gesundheitskasse stehen
§ 44	Kostenerstattung für Heilmittel
§ 45	Kostenerstattung für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind
§ 46	Kostenerstattung für Heilbehelfe
§ 47	Kostenerstattung für Hilfsmittel
§ 48	Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege
6. Abschnitt	**Anstaltspflege (§§ 144 ff ASVG)**
§ 49	Nächstgelegene geeignete Krankenanstalt
§ 50	*(aufgehoben)*
§ 51	Aufenthaltsbestätigung
§ 52	Arbeitsunfähigkeit nach Anstaltspflege
§ 53	Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege
7. Abschnitt	**Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG)**
§ 54	Bewilligungspflicht
§ 55	Verspäteter Antritt von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit
§ 56	Aufenthaltsbestätigung
8. Abschnitt	**Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§§ 157 ff ASVG)**
§ 57	Wochengeld

§ 58	Kostenübernahmeerklärung
9. Abschnitt	**Überprüfung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes**
§ 59	Einhaltung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnungen
§ 60	Krankenbesuchsdienst
§ 61	Prüfung des Gesundheitszustandes
10. Abschnitt	**Erkrankung außerhalb des Bundesgebietes**
§ 62	*(aufgehoben)*
§ 63	Europäische Krankenversicherungskarte EKVK, Zwischenstaatlicher Betreuungsschein, sonstige gemeinschaftsrechtliche oder bilaterale Anspruchsbescheinigungen
11. Abschnitt	**Melde- und Auskunftspflicht der Versicherten (§§ 40 und 43 ASVG)**
§ 64	Meldepflicht
§ 65	Auskunftspflicht
12. Abschnitt	**Verpflichtung zur Einholung einer ärztlichen Bewilligung durch den Medizinischen Dienst und Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland**
§ 66	Vorherige ärztliche Bewilligung durch den Medizinischen Dienst
§ 67	Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland
13. Abschnitt	**Regelung für Härtefälle**
§ 68	Härtefälle
14. Abschnitt	**Schlussbestimmungen**
§ 69	Wirksamkeitsbeginn
§ 70	Inkrafttreten der 1. Änderung
§ 71	Inkrafttreten der 2. Änderung
§ 72	Inkrafttreten der 3. Änderung
§ 73	Inkrafttreten der 4. Änderung
§ 74	Inkrafttreten der 5. Änderung
§ 75	Inkrafttreten der 6. Änderung
§ 76	Inkrafttreten der 7. Änderung
§ 77	Inkrafttreten der 8. Änderung
§ 78	Inkrafttreten der 9. Änderung
§ 79	Inkrafttreten der 10. Änderung
Anhang 1	Leistungen, für die eine ärztliche Bewilligung durch den Medizinischen Dienst erforderlich ist
Anhang 2	Provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte
Anhang 3	Erklärung des in einem EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Österreich
Anhang 4	*(aufgehoben)*
Anhang 5	Leistungsarten, für die eine elektronische Administrationsunterstützung durch das elektronische Kommunikationsservice (eKOS) besteht

1. Abschnitt
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen
(§ 135 ASVG)

1. Unterabschnitt
Ärztliche Hilfe

Allgemeines

§ 1. (1) Ärztliche Hilfe wird von der Österreichischen Gesundheitskasse durch

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

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

(2) Ärztliche Hilfe als Sachleistung wird nach § 6

1. bei einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin,
2. bei einer Vertrags-Gruppenpraxis,
3. bei einer Vertragseinrichtung,
4. in einer eigenen Einrichtung

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

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

(4) In einem Kalendervierteljahr können nicht

1. mehrere Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin oder
2. mehrere Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen des gleichen Fachgebietes

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden, ausgenommen die Fälle, in denen nach § 7 Abs. 2 und § 8 etwas anderes bestimmt ist.

e-card und Europäische Krankenversicherungskarte

§ 2. (1) Die e-card ist die Chipkarte des elektronischen Verwaltungssystems ELSY der österreichischen Sozialversicherung (§ 31a ASVG). Sie wird von der Österreichischen Gesundheitskasse (§ 31b Abs. 3 ASVG) für alle Versicherten und sonst anspruchsberechtigten oder mitversicherten Personen (all diese in der Folge „Versicherte“ oder „Benützer/Benützerinnen“ genannt) ausgestellt. Andere Chipkarten, wie z. B. die Ordinationskarte für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen, werden durch diese Krankenordnung nicht berührt.

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

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

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

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

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

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

1. an den Adressen auf jenen technischen Wegen, die in der Erreichbarkeitskundmachung der Österreichischen Gesundheitskasse oder eines anderen Sozialversicherungsträgers nach § 13 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG) im Internet unter ww.ris.bka.gv.at/Sonstige Kundmachungen/ kundgemacht sind; insbesondere bei der Österreichischen Gesundheitskasse, sofern in der EKVK auf diese verwiesen wird, unabhängig davon, ob bei dieser tatsächlich ein Leistungsanspruch besteht,
2. mündlich oder per E-Mail bei der gemeinsamen Meldestelle aller Versicherungsträger (Serviceline der österreichischen Sozialversicherung),
3. durch Benützung der entsprechenden Eingabemöglichkeiten (Web-Interfaces) bei jenen Kommunikationsanschlüssen, welche im Internetangebot der österreichischen Sozialversicherung www.sozialversicherung.at für Mitteilungen über die e-card oder eine EKVK ausdrücklich angeboten werden.

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

1. die zuletzt als aktuell bei der Österreichischen Gesundheitskasse vorgemerkte Anschrift oder
2. eine im Zentralen Melderegister als aktuell verzeichnete Anschrift oder
3. eine sonst nach dem Zustellgesetz, BGBl. Nr. 200/1982 idF BGBl. I Nr. 104/2018, zulässige Zustelladresse (einschließlich elektronischer Zustellung nach den §§ 28 ff ZustG)

maßgeblich.

Begriffsbestimmungen

§ 3. Im Sinn dieser Krankenordnung gelten

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

Ausstellung der e-card

§ 4. (1) Die e-card wird ohne Antrag auf Grund der der Österreichischen Gesundheitskasse bekannten Daten ausgestellt. Bei mehreren zuständigen Krankenversicherungsträgern (Mehrfachversicherung in der Krankenversicherung) wird die e-card von dem Krankenversicherungsträger ausgestellt, der nach der folgenden Aufzählung als Erster in Frage kommt, solange nicht ein anderer Krankenversicherungsträger die Kartenausstellung (z. B. auf Verlangen des/der Versicherten zur Wahrnehmung seines/ihres Wahlrechts nach § 128 ASVG, § 87 Abs. 1 GSVG, § 80a BSVG, § 57 B-KUVG) an sich zieht. In diesem Fall wird dieser Krankenversicherungsträger zuständig:

1. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
2. Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
3. Österreichische Gesundheitskasse.

Diese Reihenfolge hat keinen Einfluss auf Bestand und Umfang von Ansprüchen gegen einen Krankenversicherungsträger. Die Regeln über die Ausstellung einer e-card gelten auch für die Änderung von Daten (§ 14) und für den Austausch fehlerhafter Karten (Abs. 4 Z 4 und 5). Die Nennung von Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse, die z. B. aus verrechnungstechnischen Gründen erfolgen kann, hat keinen Einfluss auf Rechte und Pflichten von Versicherten (Angehörigen). Personen,

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

erhalten im Rahmen dieser Betreuungspflicht eine e-card wie ein inländischer Versicherter/eine inländische Versicherte. Die Ausstellung der e-card ist in diesen Fällen bei der Österreichischen Gesundheitskasse zu beantragen (§ 31b Abs. 3 ASVG).

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

1. wenn Krankenversicherungsschutz bei einer der in Abs. 1 Z 1 und 2 aufgezählten Versicherungsanstalten besteht, von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
2. wenn Krankenversicherungsschutz bei der Österreichischen Gesundheitskasse besteht, von der Krankenfürsorgeanstalt.
3. Kommen mehrere Krankenfürsorgeanstalten in Betracht, gilt die Reihenfolge dieser Anstalten nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse hat das Recht, jederzeit und ohne Begründung eine e-card durch eine neue e-card zu ersetzen. In diesem Fall ist die Neuausstellung kostenlos. Ersatz für Daten und andere Speicherungen auf der e-card wird nicht geleistet. Die frühere e-card darf von dem Benützer/der Benützerin auf eigenes Risiko außerhalb des sozialversicherungsrechtlichen Anwendungsbereichs weiter verwendet werden.

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

1. Die e-card wird dem/der Versicherten ohne Antrag auf Kosten des ausstellenden Krankenversicherungsträgers übermittelt. Die näheren Regeln (Übermittlungswege, allfällige Abholmöglichkeiten) dafür bestimmt der Krankenversicherungsträger.
2. Zur Identitätsfeststellung in Zweifelsfällen sind dem Krankenversicherungsträger nach Bedarf im Einzelfall auf deren Verlangen Personenstandsurkunden, amtliche Ausweise oder sonstige Unterlagen vorzulegen, aus denen folgende Angaben hervorgehen:
   a) Vorname und Familienname,
   b) Geschlecht,
   c) Geburtsdatum (zumindest Geburtsjahr),
   d) Geburtsort und, wenn dieser im Inland gelegen ist, das Bundesland, wenn er im Ausland gelegen ist, der Staat, in dem sich dieser Ort befindet,
   e) Staatsangehörigkeit,
   f) Wohnsitz, mangels Wohnsitz die Zustelladresse,

g) Angaben, die
   - nach 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 bereichspezifischen Personenkennzeichens (§ 31 Abs. 4 Z 1 ASVG) notwendig sind, einschließlich der Adresse, die dem Ergänzungsregister gegenüber angegeben wird,

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

3. Der/Die Versicherte hat sich nach Erhalt einer neuen Karte davon zu überzeugen, dass die e-card in allen optisch lesbaren Teilen richtig ausgefüllt ist. Fehler und Unstimmigkeiten (z. B. bei der Namensschreibweise oder bei der Versicherungsnummer) sind nach § 14 unverzüglich mit dem Krankenversicherungsträger zu klären. Es liegt kein Fehler in der Namensschreibweise (einschließlich diakritischer Zeichen) vor, wenn Abweichungen auf die Zeichensätze oder Datenfeldlängen zurückzuführen sind, welche für die Karten verwendet werden.
4. Fehlerhafte Karten werden vom ausstellenden Krankenversicherungsträger nach Abs. 3 gegen funktionsfähige getauscht.
5. Der Tausch ist kostenlos, wenn die Fehlerhaftigkeit einer e-card nicht vom Benützer/von der Benützerin zu vertreten ist. Die Beweislast dafür liegt beim Krankenversicherungsträger, wobei bei offensichtlichen Beschädigungen vom Benützer/von der Benützerin zu bescheinigen ist, dass die Beschädigung ohne sein/ihr Verschulden entstanden ist und auch kein ersatzpflichtiger Schädiger/keine ersatzpflichtige Schädigerin dafür haftet.
6. Namensschreibweise und Geburtsdatumsangaben für die Ausstellung einer e-card werden durch den Krankenversicherungsträger nach Maßgabe der für die Kartenausstellung bestehenden technischen und rechtlichen Möglichkeiten, insbesondere für die Schreibweise von Sonderzeichen und die Geburtsdatumsangaben (§ 358 ASVG), bestimmt.
7. Wenn die Fehlerhaftigkeit einer e-card durch Verschulden des Benützers/der Benützerin oder durch einen ersatzpflichtigen Dritten/eine ersatzpflichtige Dritte verursacht wurde, ist vom Verursacher/von der Verursacherin an den Krankenversicherungsträger ein Ersatzbetrag in Höhe des Service-Entgelts nach § 31c Abs. 2 ASVG zu leisten.

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

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

(7) Wer nicht bereits nach Abs. 1 eine e-card erhalten hat, erhält von der Österreichischen Gesundheitskasse auf Antrag eine e-card, wenn

1. seine/ihre Identität aufgrund der Vorlage geeigneter Dokumente wie amtlicher Lichtbildausweis oder Personenstandsurkunden feststeht und
2. durch die Ausstellung einer e-card
   a) entweder aus der Sicht der Österreichischen Gesundheitskasse Vorteile für die Vollziehung der von einem Sozialversicherungsträger zu beachtenden Rechtsvorschriften und Verträge erwartet werden können
   b) oder die Ausstellung für die Verwendung der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA verlangt wird.

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

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

(9) Die Ausstellung einer e-card nach Abs. 1 oder nach Abs. 7 wird von der Österreichischen Gesundheitskasse in den Fällen des Abs. 10 abgelehnt. Die Österreichische Gesundheitskasse kann weiters

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ohne Vorankündigung einzuziehen oder zu sperren, wenn sich bei deren Verwendung ergibt, dass Eintragungen ohne Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse verändert wurden.

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

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

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

(7) Die Österreichische Gesundheitskasse ist berechtigt, jede e-card,

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

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

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

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

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

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

(10) Bei Beginn einer Versicherung ist die e-card der jeweils meldepflichtigen Stelle (§§ 33 ff ASVG, §§ 11 ff B-KUVG, insbesondere dem Dienstgeber/der Dienstgeberin) gemeinsam mit einem amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. Wenn während eines Versicherungsverhältnisses eine neue e-card mit ge-

ändertem Namen (Namensbestandteil, einschließlich akademische Grade) und/oder geänderter Versicherungsnummer ausgestellt wurde, ist davon die meldepflichtige Stelle zu verständigen und auf deren Verlangen die neue e-card auch vorzulegen.

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

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

1. die e-card, wenn die Leistung als Anspruchsberechtigte/r eines österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen wird, oder
2. die Europäische Krankenversicherungskarte EKVK und die hiefür vorgesehene Patientenerklärung (Anhang 3), wenn die Leistung als Anspruchsberechtigte/r nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung in Anspruch genommen wird, oder
3. falls eine Anspruchsberechtigung nach Z 1 oder Z 2 besteht, aber keine e-card oder EKVK vorgelegt werden kann,
   a) die Ersatzbescheinigung, welche anstelle einer EKVK ausgestellt wurde (EKVK-Ersatzbescheinigung) sowie die entsprechende Patientenerklärung oder
   b) den Ersatzbeleg für die e-card (§ 4 Abs. 9, e-card-Ersatzbeleg),

   vorzulegen sowie
4. die Verwendung der e-card zur Abfrage über das Bestehen einer Versicherung und Verifizierung der Angaben zur Identität und Erreichbarkeit zuzulassen bzw. die entsprechenden Verwendungen selbst einzuleiten (Ablesen der Kartendaten, Stecken der Karte ins Lesegerät) und
5. die Nutzung des e-card-Systems zur Übermittlung von Angaben über Identität und Versicherungsleistungen an andere Vertragspartner/Vertragspartnerinnen und den zuständigen Versicherungsträger 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 usw., zur Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA nach § 14 ff. GesundheitstelematikG 2012).

Der Behandler/Die Behandlerin ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, außerhalb der oben genannten Karten, der EKVK-Ersatzbescheinigung oder des e-card-Ersatzbeleges die Vorlage eines gültigen zwischenstaatlichen Betreuungsformulars (ausländische Anspruchsbescheinigung aus Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz) als Grundlage einer abkommens- und damit rechtskonformen Behandlung und als Verrechnungsgrundlage für die erbrachten Leistungen zu akzeptieren.

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

1. wenn kein Vertragspartner/keine Vertragspartnerin der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen wird, der behandelnden Stelle
   a) die Europäische Krankenversicherungskarte oder
   b) die statt dieser Karte ausgestellte EKVK-Ersatzbescheinigung (Anhang 2) oder
   c) sofern die behandelnde Stelle dies akzeptiert, den entsprechenden zwischenstaatlichen Betreuungsschein

   vorzuweisen und die hiefür vorgesehenen Erklärungen in der jeweils vorgesehenen Form abzugeben,
2. bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners, einer Vertragspartnerin oder eigener Einrichtungen der Österreichischen Gesundheitskasse die e-card oder den statt dieser Karte ausgestellten e-card-Ersatzbeleg vorzulegen und, soweit hiefür technische Einrichtungen verfügbar sind, die e-card zu verwenden.

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

1. Leistungen der Österreichischen Gesundheitskasse aus dem Versicherungsverhältnis (für Versicherte, Angehörige, sonst anspruchsberechtigte Personen usw.) oder

2. Leistungen der Österreichischen Gesundheitskasse als betreuender Versicherungsträger nach der Wanderarbeitnehmerverordnung, der Drittstaatenverordnung oder der Koordinierungsverordnung, zwischenstaatlichen Vereinbarungen oder gleichzuhaltenden Bestimmungen oder
3. sonstige auch außerhalb eines Versicherungsverhältnisses zugängliche Leistungen der Österreichischen Gesundheitskasse wie Vorsorge- (Gesunden-) Untersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Leistungen in Schutzfristfällen (§ 122 Abs. 3, § 134 Abs. 2 ASVG usw.)

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

a) die in- oder ausländische Sozialversicherungsnummer und
b) allfällige weitere Umstände, von denen sich ein Anspruch auf eine direkt mit der Österreichischen Gesundheitskasse zu verrechnende Leistung ableiten soll,
   aa) im Inland für Anspruchsberechtigte auf Grund europarechtlicher Bestimmungen (Abs. 1 Z 2) durch Abgabe einer Patientenerklärung (Anhang 3),
   bb) im Inland für Anspruchsberechtigte auf Grund inländischer Rechtsvorschriften durch Abgabe einer Patientenerklärung (Ersatzbescheinigung der Kasse) oder
   cc) im Ausland durch die für Anspruchsberechtigte nach österreichischem Recht vorgesehenen Erklärungen in der für den ausländischen Behandler/die ausländische Behandlerin jeweils vorgesehenen Form

   bekannt zu geben,
c) der behandelnden Stelle gegenüber die Identität nachzuweisen und
d) der behandelnden Stelle gegenüber die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift oder gleichwertige Angaben (Kontaktpersonen usw.) zu bestätigen.

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

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

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

(5) In einem Kalendervierteljahr darf die e-card, EKVK, EKVK-Ersatzbescheinigung oder der e-card-Ersatzbeleg jeweils

1. nur zur Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin, und weiters
2. zur Behandlung durch je einen Facharzt/eine Fachärztin der jeweiligen Facharztsparten, wobei eine Behandlung in einer eigenen Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse (Gesundheitszentrum, Ambulatorium etc.) der Behandlung durch einen Facharzt/eine Fachärztin der jeweiligen Facharztsparte gleichzuhalten ist,

verwendet werden.

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

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

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

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

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

(10) Anspruchsberechtigte und Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen sind verpflichtet, auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse oder auf Verlangen einer behandelnden Stelle (z. B. Vertragsarzt/Vertragsärztin, Wahlarzt/Wahlärztin, Krankenanstalt) Auskünfte über ihre Identität zu geben, die Richtigkeit dieser Auskünfte bei Bedarf oder Unklarheiten durch Urkunden (z. B. amtliche Lichtbildausweise, Meldebestätigung) oder Zeugen/Zeuginnen zu bescheinigen und im Verfahren vor der Österreichischen Gesundheitskasse (z. B. über Bewilligung einer Leistung) die Bestätigung dieser Angaben durch Abfragen aus öffentlichen Registern (§ 17 Abs. 2 E-GovG, § 2 Abs. 3 PStG-DV, § 47 Abs. 1 PStG usw.) zuzulassen. Für den Fall, dass nach Namensänderungen noch keine neue e-card vorgelegt werden kann, ist die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde zu beweisen.

Ausstellung von Ersatzbelegen bei fehlendem Lichtbild

§ 6a. (1) Ist im Fall der Notwendigkeit der Erstausstellung oder des Tausches einer e-card kein Lichtbild der Person vorhanden und liegt auch keine Ausnahmebestimmung zur Anbringung eines Lichtbildes auf der e-card vor, stellt die Österreichische Gesundheitskasse bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme von Leistungen auf Kosten des Krankenversicherungsträgers nach Ablauf der Frist des Abs. 2 auf Antrag des/der Anspruchsberechtigten einen Ersatzbeleg aus. Dieser gilt grundsätzlich bis zum Ende des im Ausstellungszeitpunkt laufenden Abrechnungszeitraums, die Gültigkeit kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit bis zum Ende des nachfolgenden Abrechnungszeitraums verlängert werden.

(2) Ab dem Zeitpunkt, ab dem ein/e Karteninhaber/in ein Foto beizubringen hat, können innerhalb einer 90-tägigen Toleranzfrist für das Nachbringen eines Lichtbildes Leistungen der Krankenversicherung von betroffenen Personen mit der alten e-card in Anspruch genommen werden. Ist keine oder keine gültige e-card vorhanden, können innerhalb dieser Frist Leistungen auch ohne e-card bei Vorliegen der anspruchsrechtlichen Voraussetzungen jedenfalls durch Nennung der Versicherungsnummer beim Vertragspartner/bei der Vertragspartnerin und Nachweis der Identität durch Urkunden (z. B. amtliche Lichtbildausweise) in Anspruch genommen werden.

(3) Anspruchsberechtigte und Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen, für die ein Ersatzbeleg nach Abs. 1 ausgestellt wurde, haben ihre Identität bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen auf Rechnung der Kasse bei einem Vertragspartner/einer Vertragspartnerin oder in eigenen Einrichtungen unaufgefordert durch Urkunden (z. B. amtliche Lichtbildausweise) zu bescheinigen.

Ärztliche Hilfe mit Überweisungs- oder Zuweisungsschein

§ 7. (1) Folgende ärztliche Vertragspartner/Vertragspartnerinnen bedürfen für eine Inanspruchnahme neben der e-card, dem e-card-Ersatzbeleg, der EKVK oder der EKVK-Ersatzbescheinigung zusätzlich eines Überweisungs- oder Zuweisungsscheines, sofern nicht in Verträgen oder Vereinbarungen etwas anderes festgelegt wurde:

1. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen für Radiologie bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für Radiologie, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind bzw. entsprechende selbständige Vertragsambulatorien,
2. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen für Pathologie bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für Pathologie, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind bzw. entsprechende selbständige Vertragsambulatorien,
3. Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen für Labordiagnostik bzw. Fachärzte/Fachärztinnen für Labordiagnostik, die in Vertrags-Gruppenpraxen tätig sind bzw. entsprechende selbständige Vertragsambulatorien,
4. Vertragseinrichtungen für physikalische Therapie,
5. Vertragseinrichtungen für logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen,

6. Vertragseinrichtungen für Computertomographie, Magnetresonanztherapie und nuklearmedizinische Diagnostik.

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.

(2) Abweichend von § 1 Abs. 4 können mehrere Vertragsärzte/Vertragsärztinnen für Allgemeinmedizin oder mehrere Fachärzte/Fachärztinnen des gleichen Faches in begründeten Einzelfällen über Zuweisung in Anspruch genommen werden, wenn eine medizinisch erforderliche Leistung vom/von der zuerst in Anspruch genommenen Vertrags(fach)arzt/Vertrags(fach)ärztin nicht erbracht wird.

(3) Abs. 1 gilt sinngemäß auch für eigene Einrichtungen der Österreichischen Gesundheitskasse.

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

(5) Bei bewilligungspflichtigen Leistungen ist die Überweisung oder Zuweisung der Österreichischen Gesundheitskasse innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem diese ausgestellt wurde, zur Bewilligung vorzulegen und sind die entsprechenden Leistungen innerhalb von drei Monaten ab dem Tag der Erteilung der Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse in Anspruch zu nehmen.

(6) Überweisungen oder Zuweisungen für Leistungen nach Anhang 5, die nicht bewilligungspflichtig sind, berechtigen die Versicherten, die entsprechende Leistung innerhalb von drei Monaten ab dem Tag, an dem diese elektronisch im elektronischen Kommunikationsservice erfasst wurde, bei einem/einer Leistungserbringer/Leistungserbringerin in Anspruch zu nehmen.

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

(8) *(aufgehoben durch avsv Nr. 92/2023)*

Arztwechsel

§ 8. (1) Der behandelnde Vertragsarzt/Die behandelnde Vertragsärztin für Allgemeinmedizin darf innerhalb eines Kalendervierteljahres – ausgenommen Abs. 3 – nur mit Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse gewechselt werden. Eine Behandlung durch Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder sonstigen Vertragseinrichtung nach § 1 Abs. 1 Z 4 ist dabei einer Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin für Allgemeinmedizin gleichzuhalten. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Wechsel darauf zurückzuführen ist, dass

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

(2) Abs. 1 gilt sinngemäß, wenn innerhalb eines Kalendervierteljahres zusätzlich zur erfolgten Behandlung durch einen Vertragsfacharzt/eine Vertragsfachärztin die Behandlung durch einen anderen Vertragsfacharzt/eine andere Vertragsfachärztin des gleichen Faches verlangt wird, wobei eine Behandlung in einer eigenen Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse (Gesundheitszentrum, Ambulatorium etc.), in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer sonstigen Vertragseinrichtung nach § 1 Abs. 1 Z 4 der Behandlung durch einen Vertragsfacharzt/eine Vertragsfachärztin des gleichen Faches gleichzuhalten ist.

(3) Ein Wechsel des Arztes/der Ärztin (der Gruppenpraxis oder einer sonstigen Vertragseinrichtung nach § 1 Abs. 1 Z 4) desselben ärztlichen Fachgebietes ist während eines Kalendervierteljahres ohne Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse für Behandlungen auf deren Rechnung nur zulässig

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

3. nach dem Ende des Vertrages der Österreichischen Gesundheitskasse mit dem bisher behandelnden Arzt/der bisher behandelnden Ärztin oder Vertrags-Gruppenpraxis.

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

Verwendung der Bürgerkarte statt der e-card

§ 9.*aufgehoben*

Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK
European Health Insurance Card – EHIC

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

1. Die EKVK hat für Versicherte österreichischer Krankenversicherungsträger in Österreich keine Rechtswirkungen.
2. Für die Ausstellung und Änderung einer EKVK ist der Krankenversicherungsträger zuständig, der nach den Regeln des § 4 Abs. 1 in Betracht kommt. Bei Mehrfachversicherung kann vom Versicherten/von der Versicherten der ausstellende Krankenversicherungsträger nach § 4 Abs. 1 gewählt werden. Das Recht, bei Mehrfachversicherung im Leistungsfall den zuständigen Versicherungsträger zu wählen (§ 128 ASVG), wird durch die Vorgangsweise bei der Ausstellung der EKVK und die Bezeichnung des auf der Karte angeführten Versicherungsträgers nicht eingeschränkt.
3. Die EKVK wird ausgestellt durch Eintragung der hiefür vorgesehenen Angaben auf der Rückseite der e-card.
4. Statt der EKVK wird
   a) in dringenden Fällen, in denen eine EKVK nicht rechtzeitig ausgestellt werden kann oder
   b) auf ausdrücklichen und nachvollziehbar sachlich begründeten Wunsch des/der Versicherten (z. B. zwecks Verringerung der Verlustgefahr einer längerfristig ausgestellten EKVK) oder
   c) in den Fällen des § 11 Abs. 1 Z 4 und 5

   von der Österreichischen Gesundheitskasse eine Ersatzbescheinigung (EKVK-Ersatzbescheinigung, Anhang 2) ausgestellt. Dafür hat der Benützer/die Benützerin bei Bedarf im Einzelfall zwecks Feststellung seiner/ihrer Identität auf Wunsch der Kasse
   d) die Unterlagen vorzulegen, aus denen Angaben nach § 4 Abs. 4 Z 2 hervorgehen,
   e) die Anträge zu stellen, die zur Vergabe von Versicherungsnummer und bereichsspezifischem Personenkennzeichen notwendig sind und
   f) das Ergebnis der durch diese Anträge eingeleiteten Verfahren der Österreichischen Gesundheitskasse unaufgefordert mitzuteilen.
5. Die EKVK oder die EKVK-Ersatzbescheinigung dürfen nur für Leistungen verwendet werden, die sich während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen, nicht für Leistungen, deren Inanspruchnahme der Grund der Aufenthaltsverlegung war.

(2) Wer eine EKVK benützt, ohne dass ein der Benützung zu Grunde liegender Anspruch besteht, haftet für die daraus entstehenden Schäden. Die unverzügliche Meldung des Verlustes der EKVK befreit den Versicherten/die Versicherte, für den/die die EKVK ausgestellt wurde, ab dem Zeitpunkt des Einlangens der Meldung bei einer zuständigen Stelle (§ 2 Abs. 5, § 13 Abs. 1) von der Haftung für weitere Schäden.

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

- der Aufenthalt in einen Staat verlegt wird, in dem die Koordinierungsverordnungen anzuwenden sind oder

- eine aufgrund einer aktiven Erwerbstätigkeit versicherte Person ihren Aufenthalt in einen Staat verlegt, mit dem Österreich ein Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat.

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

Gültigkeitsdauer der Europäischen Krankenversicherungskarte

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

1. zehn Jahren für Personen ab dem 60. Lebensjahr, die
   a) eine Leistung aus der Pensionsversicherung beziehen und
   b) diese Leistung mit einem Krankenversicherungsanspruch oder Betreuungsanspruch auf Grund internationaler Bestimmungen bei einem österreichischen Versicherungsträger verbunden ist und sie
   c) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre sowie
   d) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
2. fünf Jahren für Personen, die
   a) in den letzten zehn Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens fünf Jahre und
   b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
3. einem Jahr für Personen, die
   a) in den letzten fünf Jahren vor der Ausstellung zusammengerechnet mindestens ein Jahr und
   b) im Jahr vor der Ausstellung mindestens 180 Tage in einer Krankenversicherung versichert waren,
4. höchstens sechs Monaten auf Antrag, wenn die EKVK nicht ausgestellt werden kann als EKVK-Ersatzbescheinigung (§ 10 Abs. 1),
5. höchstens einem Jahr als EKVK-Ersatzbescheinigung (§ 10 Abs. 1), wenn im Fall der Z 4 ein längerer Bedarf nachgewiesen wird,
6. mindestens fünf Jahren für Kinder und jedenfalls bis zur Vollendung deren 14. Lebensjahres.

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

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

Einschränkungen für die Ausstellung einer EKVK

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

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

(2) Eine EKVK wird in folgenden Fällen nicht ausgestellt:

1. Für Benützer und Benützerinnen, deren rechtliche Situation hinsichtlich des Schutzes im Krankheitsfall auf einem Aufenthalt im Inland beruht, wie z. B.

a) für Versicherte nach § 1 Z 17 (Asylwerber/Asylwerberinnen in Bundesbetreuung) der Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, BGBl. Nr. 420/1969 idF BGBl. II Nr. 262/2010 (Einbeziehungsverordnung),
b) für Versicherte oder Anspruchsberechtigte nach § 66a AlVG oder den §§ 76, 77 Strafvollzugsgesetz – StVG (Strafgefangene) und sonst gerichtlich oder polizeilich angehaltene Personen (Festgenommene, Untersuchungshäftlinge),
c) für Personen, denen Reisen ins Ausland aus anderen Gründen nicht erlaubt sind (Bewohner/innen von geschlossenen Anstalten)

2. Für Personen, die nach § 5 GSVG von der Krankenversicherung ausgenommen sind, es sei denn, dies wird von einem dem Dachverband angehörenden Versicherungsträger verlangt.
3. Für Personen, die nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG wegen Zugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeanstalt von der Krankenversicherung ausgenommen sind, es sei denn, dies wird von einem dem Dachverband angehörenden Versicherungsträger verlangt oder die jeweilige Krankenfürsorgeanstalt nimmt an der e-card-Ausstellung allgemein teil.

(3) Eine EKVK mit den Garantiefristen des § 11 Abs. 1 Z 1 und 2 wird in folgenden Fällen nicht ausgestellt:

1. Für Versicherte, die ihre EKVK als verloren oder gestohlen angeben, ohne dies unverzüglich nach § 13 gemeldet zu haben.
2. Für Personen, für die bereits von einem anderen in- oder ausländischen Sozialversicherungsträger eine EKVK ausgestellt, aber dazu der Kasse mitgeteilt wurde (z. B § 321 ASVG, § 183 GSVG, § 171 BSVG und § 119 -B-KUVG, Art. 84 Abs. 2 der Wanderarbeitnehmerverordnung oder Art. 76 Abs. 2 der Koordinierungsverordnung), dass diese EKVK unberechtigt verwendet wurde, unabhängig davon, ob diese andere EKVK als verloren gemeldet wurde, ob bereits ein Schaden festgestellt oder Verfolgungsmaßnahmen eingeleitet wurden. Das Ausstellungsverbot für diesen Fall endet mit dem Ablauf der Garantiefrist der früher ausgestellten Karte.

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

§ 13. (1) Vom Verlust einer e-card oder EKVK ist der ausstellende Krankenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen. Ansprechstellen der Österreichischen Gesundheitskasse sind die in § 2 Abs. 5 genannten Stellen, wie insbesondere die e-card-Serviceline. Die Meldung hat die Karte möglichst genau zu bezeichnen (Name, Versicherungsnummer etc.) sowie zumindest die vermutete Zeit und Ort des Verlustes zu umfassen.

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

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

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

(5) *(Anm.: aufgehoben durch avsv Nr. 109/2020)*

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

Änderung der Angaben auf der e-card und der EKVK

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

(2) Namensänderungen, die sich aus personenstandsrechtlich bedeutsamen Vorgängen (wie Eheschließung, Namenswechsel, Scheidung) ergeben und die von einer österreichischen Personenstandsbehörde (Standesamt usw.) in das Zentrale Personenstandsregister (§ 44 PStG) eingetragen wurden, müssen nicht gemeldet werden, es sei denn, die Österreichische Gesundheitskasse verlangt Auskünfte darüber.

Änderungen technischer Daten (insbesondere solcher, die technischen Eigenschaften eines funktionsfähigen Chips betreffen) sind vom Benützer/von der Benützerin nicht zu melden. Die Kasse ist weder berechtigt noch verpflichtet, Änderungswünsche an Stellen außerhalb der Sozialversicherung weiterzugeben.

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

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

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

Verzicht und Kartenrückgabe von e-card oder EKVK

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

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

Behandlung in der Ordination

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

Ärztliche Krankenbesuche

§ 17. (1) Zu einem Krankenbesuch darf ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin, der/die einer Vertrags-Gruppenpraxis oder einer sonstigen Vertragseinrichtung nach § 1 Abs. 1 Z 4 angehört, nur gerufen werden, wenn der/die Versicherte wegen seines/ihres Krankheitszustandes außerstande ist, den Arzt/die Ärztin in der Ordination aufzusuchen.

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

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

Auswahl des zuständigen Arztes/der zuständigen Ärztin für Krankenbesuche

§ 18. (1) Zu Krankenbesuchen ist grundsätzlich der nächsterreichbare Vertragsarzt/die nächsterreichbare Vertragsärztin für Allgemeinmedizin oder Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis zu rufen. Bei Inanspruchnahme eines/einer entfernten/entfernter wohnenden Vertragsarztes/Vertragsärztin für Allgemeinmedizin oder eines/einer entfernten/entfernter wohnenden Arztes/Ärztin für Allgemeinmedizin in einer Vertrags-Gruppenpraxis hat der/die Versicherte (Angehörige) die Mehrkosten an Wegegebühren grundsätzlich selbst zu tragen.

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

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

Besondere Mitteilungspflichten bei Leistungsinanspruchnahme

§ 19. (1) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und der Österreichischen Gesundheitskasse mitzuteilen,

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

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

   zurückzuführen ist.

(2) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat den Erhebungsbogen der Österreichischen Gesundheitskasse wahrheitsgemäß auszufüllen und an die Österreichische Gesundheitskasse zurückzuschicken.

2. Unterabschnitt
Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind
(§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG)

Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlung

§ 20. (1) Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen sowie audiologische Untersuchungen können durch Vertragslogopäden/Vertragslogopädinnen iSd § 135 Abs. 1 Z 1 ASVG (in eigenen Einrichtungen sowie durch andere zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigte Vertragspartner/Vertragspartnerinnen), über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt für Allgemeinmedizin,
2. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (Laryngologie),
3. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Neurologie,
4. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
5. eine/n Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt,
6. eine/n Vertragskieferorthopädin/Vertragskieferorthopäde,
7. eine/n nach Ziffer 1 bis 4 entsprechende/n Ärztin/Arzt bzw. eine/n Zahnärztin/Zahnarzt, eine/n Kieferorthopädin/Kieferorthopäde in einer Vertrags-Gruppenpraxis,
8. eine nach Ziffer 1 bis 6 entsprechende eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse,

9. eine nach Ziffer 1 bis 6 entsprechende Vertragseinrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von Personen, welche zur freiberuflichen Ausübung des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes berechtigt sind, aber keinen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse haben, erbracht, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten (Angehörigen) Kosten nach § 23 der Satzung, sofern eine ärztliche Verordnung (Zuweisung) nach Abs. 1 vorliegt. Selbiges gilt auch für Kostenzuschüsse nach der Satzung (§ 38 iVm Anhang 7).

Physiotherapie

§ 21. (1) Physiotherapeutische Behandlungen können durch Vertragsphysiotherapeuten/Vertragsphysiotherapeutinnen iSd § 135 Abs. 1 Z 1 ASVG (in eigenen Einrichtungen sowie durch andere zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigte Vertragspartner/Vertragspartnerinnen), über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt für Allgemeinmedizin,
2. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt,
3. eine nach Ziffer 1 bis 2 entsprechende eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse,
4. eine nach Ziffer 1 bis 2 entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis oder Vertragseinrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von Personen, welche zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes berechtigt sind, aber keinen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse haben, erbracht, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten (Angehörigen) Kosten nach § 23 der Satzung, sofern eine ärztliche Verordnung (Zuweisung) nach Abs. 1 vorliegt. Selbiges gilt auch für Kostenzuschüsse nach der Satzung (§ 38 iVm Anhang 7).

Ergotherapie

§ 22. (1) Ergotherapeutische Behandlungen können durch Vertragsergotherapeuten/Vertragsergotherapeutinnen iSd § 135 Abs. 1 Z 1 ASVG (in eigenen Einrichtungen sowie durch andere zur Durchführung dieser Behandlungen berechtigte Vertragspartner/Vertragspartnerinnen), über Verordnung (Zuweisung) durch

1. eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt für Allgemeinmedizin,
2. eine/n Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt,
3. eine nach Ziffer 1 bis 2 entsprechende eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse,
4. eine nach Ziffer 1 bis 2 entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis oder Vertragseinrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden.

(2) Wird die Behandlung von Personen, welche zur freiberuflichen Ausübung des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind, aber keinen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse haben, erbracht, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten (Angehörigen) Kosten nach § 23 der Satzung, sofern eine ärztliche Verordnung (Zuweisung) nach Abs. 1 vorliegt. Selbiges gilt auch für Kostenzuschüsse nach der Satzung (§ 38 iVm Anhang 7).

Psychotherapie durch Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen

§ 23. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet unter folgenden Voraussetzungen einen Zuschuss für die psychotherapeutische Behandlung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten iSd § 135 Abs. 1 Z 3 ASVG:

1. es liegt eine psychische Befindensstörung vor, die eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist;
2. der/die Psychotherapeut/Psychotherapeutin muss in die Psychotherapeutenliste eingetragen sein;
3. die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Sitzung einer psychotherapeutischen Behandlungsserie muss nachgewiesen werden;
4. die Honorarnote muss folgende Angaben enthalten:
   a) Familienname, Vorname und Versicherungsnummer des/der Versicherten; bei Behandlung eines/einer Angehörigen zusätzlich seine/ihre Personaldaten,
   b) Diagnose (ICD-Code),
   c) Behandlungsmethode,
   d) Anzahl der Behandlungen (Sitzungen),

e) Angaben darüber, ob eine Einzel- oder Gruppenbehandlung(sitzung) erfolgte,
f) Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen (Sitzungen),
g) Zahlungsbestätigung, stattdessen kann auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) übermittelt werden; liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann im begründeten Einzelfall der/die Versicherte die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
h) Unterschrift und Ordinationsstempel des/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin bzw. der in Betracht kommenden Einrichtung.

(2) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat der Österreichischen Gesundheitskasse jene Unterlagen vorzulegen, die die Österreichische Gesundheitskasse benötigt, um feststellen zu können, dass eine psychische Befindensstörung mit Krankheitswert vorliegt und die Österreichische Gesundheitskasse leistungszuständig ist. Zu diesem Zweck sind von der Österreichischen Gesundheitskasse zur Verfügung gestellte Antragsformulare zu verwenden. § 23 der Satzung ist sinngemäß anzuwenden. Diese Anträge sind im Auftrag des Patienten/der Patientin von dem behandelnden Psychotherapeuten/der behandelnden Psychotherapeutin auszufüllen und der Österreichischen Gesundheitskasse zu übermitteln bzw. auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse mit einem zur Wahrung von Therapiegeheimnissen vergebenen Code ohne Patientennamen/Patientinnennamen elektronisch auf einem den Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen zur Verfügung gestellten sicheren Übermittlungsweg an die für die Begutachtung zuständige Stelle (Psychotherapiebegutachtung), der die Identität des Patienten /der Patientin nicht bekannt ist, zu senden.

(3) §§ 37 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 38 und 39 gelten sinngemäß.

Klinisch-psychologische Behandlung durch Klinische Psychologen/Psychologinnen

§ 23a. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet unter folgenden Voraussetzungen einen Zuschuss für die klinisch-psychologische Behandlung durch Klinische Psychologen/Psychologinnen iSd § 135 Abs. 1 Z 2 lit. b ASVG:

1. es liegt eine psychische Befindensstörung vor, die eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist;
2. der/die Klinische Psychologe/Psychologin muss in die Liste der Klinischen Psychologen/Psychologinnen eingetragen sein;
3. die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung spätestens vor der zweiten klinisch-psychologischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraums muss nachgewiesen werden;
4. die Honorarnote muss folgende Angaben enthalten:
   a) Familienname, Vorname und Versicherungsnummer des/der Versicherten; bei Behandlung eines/einer Angehörigen zusätzlich seine/ihre Personaldaten,
   b) Diagnose (ICD-Code),
   c) Behandlungsmethode,
   d) Anzahl der Behandlungen (Sitzungen),
   e) Angaben darüber, ob eine Einzel- oder Gruppenbehandlung(sitzung) erfolgte,
   f) Datum und Dauer der einzelnen Behandlungen (Sitzungen),
   g) Zahlungsbestätigung, stattdessen kann auch der verwendete Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) übermittelt werden; liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann im begründeten Einzelfall der/die Versicherte die Zahlung mit eigenhändiger Unterschrift bestätigen,
   h) Unterschrift und Ordinationsstempel des/der Klinischen Psychologen/Psychologin bzw. der in Betracht kommenden Einrichtung.

(2) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat der Österreichischen Gesundheitskasse jene Unterlagen vorzulegen, die die Österreichische Gesundheitskasse benötigt, um feststellen zu können, dass eine psychische Befindensstörung mit Krankheitswert vorliegt und die Österreichische Gesundheitskasse leistungszuständig ist. Zu diesem Zweck sind von der Österreichischen Gesundheitskasse zur Verfügung gestellte Antragsformulare zu verwenden. § 23 der Satzung ist sinngemäß anzuwenden. Diese Anträge sind im Auftrag des Patienten/der Patientin von dem/der behandelnden Klinischen Psychologen/Psychologin auszufüllen und der Österreichischen Gesundheitskasse zu übermitteln bzw. auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse mit einem zur Wahrung von Therapiegeheimnissen vergebenen Code ohne Patientennamen/Patientinnennamen elektronisch auf einem dem/der behandelnden Klinischen Psycholo-

gen/Psychologin zur Verfügung gestellten sicheren Übermittlungsweg an die für die Begutachtung zuständige Stelle, der die Identität des Patienten/der Patientin nicht bekannt ist, zu senden.

(3) §§ 37 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, 38 und 39 gelten sinngemäß.

Diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen oder einer klinischen Psychologin

§ 24. (1) Diagnostische psychologische Leistungen können durch klinische Psychologen/Psychologinnen mit Vertrag iSd § 135 Abs. 1 Z 2 ASVG (in eigenen Einrichtungen sowie durch andere zur Durchführung dieser Leistungen berechtigte Vertragspartner/Vertragspartnerinnen), über Verordnung (Zuweisung) durch eine/n:

1. Vertragsärztin/Vertragsarzt für Allgemeinmedizin,
2. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Neurologie (und Psychiatrie),
3. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Psychiatrie (und Neurologie bzw. Psychotherapie),
4. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Innere Medizin,
5. Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
6. entsprechende/n Fachärztin/Facharzt in einer Vertrags-Gruppenpraxis,
7. Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeuten,
8. eine nach Ziffer 1 bis 7 entsprechende eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse,
9. eine nach Ziffer 1 bis 7 entsprechende Vertragseinrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden. Die Verordnung (Zuweisung) durch andere Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Nichtvertragsärztinnen/Nichtvertragsärzte bzw. Nichtvertragspsychotherapeutinnen/Nichtvertragspsychotherapeuten bedarf der Genehmigung der Österreichischen Gesundheitskasse; das gilt nicht für den Fall, dass solche Verordnungen (Zuweisungen) vertraglich vorgesehen sind.

(2) Wird die Behandlung von klinischen Psychologen/Psychologinnen im Sinne des § 29 Psychologengesetz, die aber keinen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse haben, erbracht, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten (Angehörigen) Kosten nach § 23 der Satzung, sofern eine ärztliche/psychotherapeutische Verordnung (Zuweisung) nach Abs. 1 vorliegt. Selbiges gilt auch für Kostenzuschüsse nach der Satzung (§ 38 iVm Anhang 7).

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

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

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

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

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

(2) Die in Abs. 1 festgelegten Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Nacherfassung im elektronischen Kommunikationsservice (eKOS) gelten erst ab jenem Zeitraum, ab welchem eKOS in Vollbetrieb ist. Der Vollbetrieb von eKOS liegt mit dem Inkrafttreten von Übereinkommen

a) zur verpflichtenden Nutzung von eKOS mit den Interessenvertretungen jener Vertragspartner/innen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung als Verordner/innen oder Leistungserbringer/innen tätig sind, und
b) über die Durchführung der Nacherfassung von papierschriftlichen Überweisungen (Zuweisungen), die durch berechtigte Partner/innen ohne Kassenvertrag ausgestellt wurden, mit Interessenvertretungen von Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung tätig sind, und
c) über die Durchführung der Nacherfassung von papierschriftlichen Überweisungen (Zuweisungen), die durch Vertragspartner/innen ausgestellt wurden, mit Interessenvertretungen von Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen, die im Rahmen der elektronisch unterstützten Leistungserbringung tätig sind,

vor. Das Vorliegen der Übereinkommen nach lit. a bis c ist von der Österreichischen Gesundheitskasse auf ihrer Homepage kundzumachen.

2. Abschnitt
Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§§ 153 und 153a ASVG)

Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen

§ 26. (1) Zahnbehandlung und Zahnersatz nach der Satzung (§§ 31 bis 35, 39, 44a) werden erbracht:

1. durch Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzte,
2. durch zahnärztliche Vertrags-Gruppenpraxen,
3. durch Zahnärzte/Zahnärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen,
4. in eigenen Einrichtungen der Österreichischen Gesundheitskasse (Zahnambulatorien),
5. in sonstigen zahnärztlichen Vertragseinrichtungen,
6. durch Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte und zahnärztliche Wahleinrichtungen,
7. durch zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
8. durch Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen.

Zahnärztinnen/Zahnärzte im Sinne dieser Krankenordnung sind unabhängig von der gesetzlich vorgesehenen Berufsbezeichnung jene Personen, die gemäß Zahnärztegesetz in der jeweils geltenden Fassung zur Ausübung des zahnärztlichen/dentistischen Berufes berechtigt sind. Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte sind alle freiberuflich tätigen Zahnärztinnen/Zahnärzte, die mit der Österreichischen Gesundheitskasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen haben. Wahl-Gruppenpraxen sind alle Gruppenpraxen, die mit der Österreichischen Gesundheitskasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung nach Abs. 2 abgeschlossen haben. Wahleinrichtungen sind behördlich bewilligte Einrichtungen, die mit der Österreichischen Gesundheitskasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung (Abs. 2) abgeschlossen haben.

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

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

vorlegt. Dabei gelten die §§ 2 bis 19 mit Ausnahme des § 6 Abs. 5 sinngemäß.

(3) Der/Die Versicherte (Angehörige) muss sich nach einer entsprechenden Aufforderung der Österreichischen Gesundheitskasse einer Vor- oder Nachbegutachtung durch einen von der Österreichischen Gesundheitskasse beauftragten Zahnarzt/eine von der Österreichischen Gesundheitskasse beauftragte Zahnärztin unterziehen.

(4) Vor Beginn der Behandlung muss der/die Versicherte (Angehörige) eine Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse einholen, wenn

1. die kieferorthopädische Behandlung (Kieferregulierung)
   a) nach § 153 ASVG oder
   b) interzeptive Behandlung nach § 153a ASVG nicht durch
      ba. einen Vertragskieferorthopäden/eine Vertragskieferorthopädin,

bb. eine kieferorthopädische Vertragseinrichtung (Institute),

bc. eine kieferorthopädische Vertragsgruppenpraxis oder

bd. einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in einer Vertragsgruppenpraxis

erfolgt, oder

2. der unentbehrliche Zahnersatz

auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen werden sollen. Dies gilt auch für Zuschüsse zu diesen Leistungen nach den Bestimmungen der Satzung. Diese Bewilligung wird ungültig, wenn nicht innerhalb von drei Monaten mit der Behandlung begonnen wird. Die Österreichische Gesundheitskasse kann, wenn besondere Gründe vorhanden sind, auf die vorherige Bewilligung verzichten.

(5) Wenn der/die Versicherte (Angehörige) vor der Anfertigung des unentbehrlichen Zahnersatzes eine Mundsanierung oder die sonstigen notwendigen medizinischen Maßnahmen verweigert, übernimmt die Österreichische Gesundheitskasse keine Kosten für den unentbehrlichen Zahnersatz.

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

(7) Hinsichtlich notwendiger zahnärztlicher Hausbesuche gelten die Bestimmungen der §§ 17 und 18 sinngemäß.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)

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

1. Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen bzw. Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädinnen,
2. zahnärztliche/kieferorthopädische Vertragsgruppenpraxen,
3. Zahnärzte/Zahnärztinnen bzw. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Vertragsgruppenpraxen,
4. sonstige zahnärztliche Vertragseinrichtungen,
5. eigene Einrichtungen der Österreichischen Gesundheitskasse (Zahnambulatorien),
6. Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte bzw. Wahlkieferorthopäden/Wahlkieferorthopädinnen,
7. Zahnärzte/Zahnärztinnen bzw. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Wahlgruppenpraxen,
8. zahnärztliche/kieferorthopädische Wahlgruppenpraxen,
9. Wahleinrichtungen.

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

1. Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädinnen,
2. kieferorthopädische Vertragsgruppenpraxen,
3. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Vertragsgruppenpraxen,
4. sonstige zahnärztliche Vertragseinrichtungen,
5. eigene Einrichtungen der Österreichischen Gesundheitskasse (Zahnambulatorien),
6. Wahlkieferorthopäden/Wahlkieferorthopädinnen,
7. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Wahlgruppenpraxen,
8. kieferorthopädische Wahlgruppenpraxen,
9. Wahleinrichtungen.

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

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

§ 26 Abs. 2 und 3 sind anzuwenden. Verletzt der/die Versicherte (Angehörige) trotz Aufklärung seine/ihre Mitwirkungspflicht, kann die Österreichische Gesundheitskasse den Abbruch der Behandlung verlangen

bzw. die Übernahme der Kosten versagen, sofern der/die Versicherte (Angehörige) vorher schriftlich auf die Folgen seines/ihres Verhaltens hingewiesen worden ist. In diesem Fall steht es der Österreichischen Gesundheitskasse frei, eine weitere entsprechende Leistung erst nach Ablauf eines Jahres zu gewähren. Die mit dem Abbruch verbundenen Kosten sind von der Österreichischen Gesundheitskasse zu tragen.

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

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

§ 64 Abs. 1 und 2 sind anzuwenden.

(5) Als Kieferorthopäde/Kieferorthopädin im Sinn des § 27 und des § 41 gelten Zahnärzte/Zahnärztinnen, die die Voraussetzungen des § 34 Abs. 5 Z 5 der Satzung erfüllen.

3. Abschnitt
Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel
(§§ 136, 137 und 154 ASVG)

Heilmittel

§ 28. (1) Der/Die Versicherte (Angehörige) erhält die vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin, Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin, einem Arzt/einer Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis, in einer eigenen Einrichtung oder in einer sonstigen Vertragseinrichtung, insbesondere auch nach § 350 Abs. 1 ASVG, auf Kassenrezept (Suchtgiftrezept) verordneten notwendigen Heilmittel auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse von der öffentlichen Apotheke oder vom hausapothekenführenden Vertragsarzt/von der hausapothekenführenden Vertragsärztin. Das notwendige Heilmittel bestimmt der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin, der behandelnde Zahnarzt/die behandelnde Zahnärztin. Die Bestimmungen über eine allfällige ärztliche bzw. zahnärztliche Bewilligung durch den Medizinischen Dienst bleiben unberührt.

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

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

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

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

(6) § 6 Abs. 10 gilt sinngemäß.

(7) Für die im Rahmen eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes verordneten Heilmittel ist § 15 Abs. 4 der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen anzuwenden.

Nachweis des Jahres-Nettoeinkommens für die Befreiung von der Rezeptgebühr

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

(2) Hat der/die Versicherte in seinem/ihrem Antrag gemäß Teil 3 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr geltend gemacht, dass von ihm/ihr im laufenden Kalenderjahr bezahlte Rezeptgebühren

für die Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze nicht berücksichtigt wurden, so hat er/sie dies der Österreichischen Gesundheitskasse durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

Heilbehelfe

§ 30. (1) Notwendige Heilbehelfe werden von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, Vertragszahnärzten/Vertrags-zahnärztinnen, den Ärzten/Ärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen, oder in den eigenen Einrichtungen oder in sonstigen Vertragseinrichtungen verordnet. Im Bereich der notwendigen Versorgung mit Kontaktlinsen, Brillen und vergrößernden Sehhilfen gilt dies auch für Augenoptikermeister/Augenoptikermeisterinnen bzw. Kontaktlinsenoptiker/Kontaktlinsenoptikerinnen, die in einem Vertragsverhältnis zur Österreichischen Gesundheitskasse stehen bzw. bei einem Vertragsunternehmen beschäftigt sind, sofern die berufsrechtlichen sowie vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind. Der Verordnungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungstag oder, sofern die Bewilligung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt, nach dem Tag an dem die Bewilligung erteilt wurde, eingelöst wird.

(2) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat für den Bezug von tariflich geregelten Heilbehelfen, die vorherige Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse einzuholen, wenn dies in Verträgen, Vereinbarungen oder Tariflisten vorgesehen ist. In allen anderen Fällen erfolgt der Bezug von tariflich geregelten Heilbehelfen bei Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen ohne vorherige Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse. Bei Heilbehelfen, für die keine tarifliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des Vertragspartners/der Vertragspartnerin der Österreichischen Gesundheitskasse für die Beurteilung der Leistungsgewährung vorzulegen.

(3) Werden Heilbehelfe leihweise beigestellt, sind sie nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben. Zudem ist der/die Versicherte für nicht zurückgegebene oder beschädigte Heilbehelfe ersatzpflichtig.

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

(5) § 6 Abs. 10 gilt sinngemäß.

Hilfsmittel

§ 31. (1) Notwendige Hilfsmittel werden von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, den Ärzten/Ärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen oder den eigenen Einrichtungen oder in sonstigen Vertragseinrichtungen verordnet. Der Verordnungsschein wird ungültig, wenn er nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungstag oder, sofern die Bewilligung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt, nach dem Tag an dem die Bewilligung erteilt wurde, eingelöst wird.

(2) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat für den Bezug von tariflich geregelten Hilfsmitteln, die vorherige Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse einzuholen, wenn dies in Verträgen, Vereinbarungen oder Tariflisten vorgesehen ist. In allen anderen Fällen erfolgt der Bezug von tariflich geregelten Hilfsmitteln bei Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen ohne vorherige Bewilligung der Österreichischen Gesundheitskasse. Bei Hilfsmitteln, für die keine tarifliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des Vertragspartners/der Vertragspartnerin der Österreichischen Gesundheitskasse für die Beurteilung der Leistungsgewährung vorzulegen.

(3) Werden Hilfsmittel leihweise beigestellt, sind sie nach Ablauf der Leihdauer in ordentlichem Zustand zurückzugeben. Zudem kann der/die Versicherte für nicht zurückgegebene oder über die übliche Nutzung hinausgehende beschädigte Hilfsmittel ersatzpflichtig gemacht werden.

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

(5) § 6 Abs. 10 gilt sinngemäß.

Mindestgebrauchsdauer und Abgabemenge

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

1. Krankenfahrstühle	10 Jahre
2. Ober- und Unterschenkelprothesen	4 Jahre
3. Ober- und Unterarmprothesen	5 Jahre
4. Hörapparate	5 Jahre
5. Stützapparate der oberen und unteren Extremitäten	5 Jahre

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

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

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

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

Therapieform	Zeitraum	Norm-Abgabemenge	Therapie-Kennzeichen
1. Funktionelle Insulintherapie	1/4 Jahr	650 Stück	FIT
Basis Bolus Therapie im Sinne von:			
Basalinsulin plus Bolusinsulin, das zu allen Hauptmahlzeiten gespritzt wird, mit Dosisanpassung nach aktuellem präprandialen Blutzucker und/oder nach der Menge der Kohlehydrate in der Nahrung berechnet wird; nicht ausreichend Mahlzeiteninsulin nach fixem Schema (d. h. intensivierte konventionelle Therapie)			
a. bei Verwendung eines CGM-Sytems mit Kalibrierung	1/4 Jahr	bis zu 400 Stück	CGM-M
b. bei Verwendung eines CGM-Sytems ohne Kalibrierung	1/4 Jahr	bis zu 200 Stück	CGM-O
2. Insulinpumpen-Therapie	1/4 Jahr	650 Stück	CSII
a. bei Verwendung eines CGM-Sytems mit Kalibrierung	1/4 Jahr	bis zu 400 Stück	CGM-M
b. bei Verwendung eines CGM-Sytems ohne Kalibrierung	1/4 Jahr	bis zu 200 Stück	CGM-O
3. Therapie für schwangere Diabetikerinnen	1/4 Jahr	650 Stück (inkl. Mehrbedarf)	
(bis zu 8 Messungen pro Tag; Therapieform bleibt erhalten und wird bei medizinischer Notwendigkeit ein Mehrbedarf zur bisherigen Normabgabemenge bewilligt)			
4. Therapie bei Gestationsdiabetes			
a. nicht insulinpflichtig	1/4 Jahr	550 Stück	GDM
b. insulinpflichtig	1/4 Jahr	650 Stück	GDM-I
5. Alle anderen Insulintherapien inkl. intensivierte konventionelle Therapie (d. h. ein 3-Punkt-Profil pro Tag oder drei 7-Punkt-Profile pro Woche)	1/4 Jahr	300 Stück	CT

6. Basisunterstützte orale Therapie (z. B. Bed-Time-Insulin; d. h. eine Messung pro Tag und ein 7-Punkt-Profil pro Woche)	1/4 Jahr	200 Stück	BOT
7. Orale Antidiabetika-Therapie (d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Woche oder Stufenprofil über die Woche)	1/4 Jahr	100 Stück	OAD
8. Keine medikamentöse Diabetesbehandlung (d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Monat)	1/2 Jahr	50 Stück + 50 Stück bei Manifestation	LEB

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

Verordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gem. § 350 Abs. 1 Z 2 lit c ASVG im Rahmen der Krankenbehandlung gem. § 133 ASVG sowie der Hilfe bei körperlichen Gebrechen gem. § 154 ASVG

§ 32a. (1) Die Abgabe von sonstigen Heilmitteln (§ 136 Abs. 1 lit b ASVG), Heilbehelfen (§ 137 ASVG) oder Hilfsmitteln (§ 154 ASVG) 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 Österreichischen Gesundheitskasse 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 Österreichischen Gesundheitskasse ermächtigte Organisationen. Für das Erlangen der entsprechenden Ermächtigung ist ein formloser Antrag bei der Österreichischen Gesundheitskasse zu stellen. Der Nachweis der erfolgreichen Vermittlung hat durch diese Anbieter/Anbieterinnen an die Österreichische Gesundheitskasse 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 wie insbesondere § 1 Abs. 3 sind anzuwenden.

(3) Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen können folgende der im Abs. 1 angeführten Produkte auf Kosten der Österreichischen Gesundheitskasse 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 Österreichischen Gesundheitskasse

1. wenn die zur Verordnung berechtigte Person in einer persönlichen oder wirtschaftlichen Abhängigkeit zur abgabeberechtigten Stelle steht, oder
2. für Anspruchsberechtigte, die sich in Anstaltspflege befinden, deren Leistungen durch Zahlungen im Sinne der §§ 148 ff ASVG als abgegolten gelten, oder
3. für Anspruchsberechtigte, deren Betreuung im Rahmen der Sozialhilfe erfolgt und keine Leistung der Krankenbehandlung bzw. Hilfe bei körperlichen Gebrechen im Sinne des ASVG 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 Österreichischen Gesundheitskasse gem. Abs. 1 im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege nach § 151 ASVG ist zulässig.

4. Abschnitt
Krankengeld
(§§ 138 ff ASVG)

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

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

1. auf Krankengeld oder
2. auf Fortzahlung des Entgelts

haben, durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin, den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin, die Vertrags-Gruppenpraxis, Primärversorgungseinheit bzw. durch eine eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse gemeldet. Mit dem Einlangen dieser Meldung wird der/die Anspruchsberechtigte von der ansonsten ihm/ihr obliegenden Meldeverpflichtung befreit. Eine Meldung kann auch durch sonstige Vertragseinrichtungen erfolgen, sofern dies durch entsprechende Vereinbarungen vorgesehen ist. Bei Anstaltspflege in einer Vertragskrankenanstalt erfolgt die Arbeitsunfähigkeitsmeldung mit dem Tag der Aufnahme durch diese, sofern vorher keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen ist.

(2) Die Österreichische Gesundheitskasse kann die Richtigkeit von Krankmeldungen und Gesundmeldungen überprüfen und aus medizinischen Gründen einen davon abweichenden Zeitpunkt des Beginnes und des Endes der Arbeitsunfähigkeit bestimmen, wobei das Ende der Arbeitsunfähigkeit frühestens mit dem Tag nach der überprüfenden Untersuchung durch insbesondere den medizinischen Dienst bzw. der erstmaligen Information an die/den Versicherten, bestimmt werden kann. Davon abweichend, kann das Ende der Arbeitsunfähigkeit früher bestimmt werden, wenn nach einer Prüfung der Österreichischen Gesundheitskasse festgestellt wird,

1. dass die Arbeitsunfähigkeit objektiv nicht vorgelegen ist und die Arbeitsunfähigkeitsmeldung von der/vom Versicherten missbräuchlich veranlasst wurde oder,
2. dass die Arbeitsunfähigkeit objektiv nicht mehr vorgelegen ist und von der/vom Versicherten während aufrechter Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorsätzlich ein Verhalten entgegen den Anordnungen nach § 59 Abs. 1 und 2 gesetzt wurde.

(3) Wird der/die Versicherte von einem Wahlarzt/einer Wahlärztin, einem Wahlzahnarzt/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer sonstigen Wahleinrichtung behandelt und bescheinigt dieser bzw. diese die Arbeitsunfähigkeit, hat dies der/die Anspruchsberechtigte unverzüglich der Österreichischen Gesundheitskasse unter Vorlage der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Bescheinigung zu melden. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Beginn und Ende) obliegt der Österreichischen Gesundheitskasse bzw. dem/der von ihr hiezu beauftragten Arzt/Ärztin (Zahnarzt/Zahnärztin). Ist diese/r Arzt/Ärztin (Zahnarzt/Zahnärztin) ein/e Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin) der Österreichischen Gesundheitskasse, bleibt der Anspruch des/der Versicherten (Angehörigen) auf Rückersatz für die Inanspruchnahme des Wahlarztes/der Wahlärztin (Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin) unberührt.

Meldung des Arbeitsentgeltes

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

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

Nachweis der Anspruchsberechtigung für ein erhöhtes Krankengeld

§ 35. Beantragt der/die Versicherte ein erhöhtes Krankengeld nach § 29 Abs. 4 der Satzung, weil er/sie Angehörige hat, ist deren Angehörigeneigenschaft entsprechend nachzuweisen.

aufgehoben - Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit

§ 36.*(aufgehoben durch avsv Nr. 34/2024)*

5. Abschnitt
Kostenerstattung
(§ 131 ASVG)

Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten/Wahlärztinnen, Wahl-Gruppenpraxen oder sonstigen Wahleinrichtungen

§ 37. (1) Der/Die Versicherte hat dem Wahlarzt/der Wahlärztin, der Wahl-Gruppenpraxis oder der sonstigen Wahleinrichtung das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei der Österreichischen Gesundheitskasse zu zahlen. Für die Kostenerstattung nach der Satzung muss der/die Versicherte oder eine von ihm/ihr beauftragte Person der Österreichischen Gesundheitskasse die saldierte Honorarnote, unabhängig davon, ob diese in Papierform vorliegt oder elektronisch erstellt wurde, übergeben oder elektronisch übermitteln. Auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse ist die saldierte Honorarnote (Rechnung) im Original als Voraussetzung für die Kostenerstattung vorzulegen. Die Honorarnote muss folgende Angaben enthalten:

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

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

Ausschluss der Kostenerstattung

§ 38. (1) Kosten werden – ausgenommen die Fälle der §§ 7 Abs. 2 und 8 – nicht erstattet, wenn der/die Versicherte im selben Abrechnungszeitraum

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

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

Honorarrechnung der/die Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse als Erste für den entsprechenden Abrechnungszeitraum übergibt.

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

Sonstige Vorschriften bei Kostenerstattung

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

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

(3) Als entsprechender Vertragspartner/entsprechende Vertragspartnerin (§ 131 Abs. 1 ASVG) gilt jener/jene, der/die insbesondere der gleichen Berufsgruppe und Organisationsform wie der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin (Wahlarzt/Wahlärztin, Wahleinrichtung, Wahlbehandler/Wahlbehandlerin) zugehört und der/die zumindest die gleichen Ausbildungs- und sonstigen Qualifikationserfordernisse (praktische Behandlungserfahrung, Ordinationsausstattung usw.) besitzt, wie sie für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen vereinbart und in Verträgen nach § 338 Abs. 1 letzter Satz ASVG veröffentlicht sind. Als entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis gilt jene, die hinsichtlich der Zusammensetzung der vertretenen Fachgebiete und der Anzahl der Ärzte/Ärztinnen pro Fachgebiet gleich ist. Bei der Ermittlung der Kostenerstattung sind die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z. B. Ausbildungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z. B. Limitierungen) Hinsicht entsprechend anzuwenden.

(4) Der Versicherte/Die Versicherte hat der Österreichischen Gesundheitskasse alle Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu geben, die notwendig sind, um die Einhaltung der Bestimmungen des Abs. 3 (einschließlich aller Leistungsbestandteile, wie Anpassung und Wartung) beurteilen zu können.

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

§ 40. (1) Für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, eine zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn die saldierte Honorarnote (Rechnung) nach der Behandlung der Österreichischen Gesundheitskasse übergeben wird. §§ 26 Abs. 4 und 37 sind anzuwenden.

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

(3) Kosten für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, eine zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung werden nicht erstattet, wenn der/die Versicherte eine vollständige Nachbegutachtung durch die Österreichische Gesundheitskasse verweigert. Die Österreichische Gesundheitskasse ist berechtigt, die zahnmedizinische Notwendigkeit, das Ausmaß und die Qualität der vom Wahlzahnarzt/von der Wahlzahnärztin, dem Zahnarzt/der Zahnärztin in einer Wahl-Gruppenpraxis, der zahnärztlichen Wahl-Gruppenpraxis oder von der Wahleinrichtung durchgeführten Zahnbehandlung zu überprüfen oder durch einen von der Österreichischen Gesundheitskasse von ihr hiezu beauftragten Zahnarzt/Zahnärztin überprüfen zu lassen.

(4) § 39 Abs. 3 gilt sinngemäß.

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

§ 41. (1) Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen gemäß § 27 Abs. 1 Z 6 bis 9 werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn die Behandlung aufgrund einer plausiblen Erfolgsannahme von der Österreichischen Gesundheitskasse genehmigt wurde, und nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote (Rechnung) der Österreichischen Gesundheitskasse übergeben wird. § 37 ist anzuwenden.

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

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

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

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

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

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

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung (§ 153a Abs. 6 ASVG)

§ 42. (1) Für Behandlungen bei Fehlen einer regionalen ausgewogenen flächendeckenden Versorgung leistet die Österreichische Gesundheitskasse einen Kostenzuschuss nach § 39 iVm Anhang 8 der Satzung.

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

Gleichstellung von Heilmittel-Verordnungen durch Ärzte/Ärztinnen (Zahnärzte/Zahnärztinnen), die in keinem Vertragsverhältnis zur Österreichischen Gesundheitskasse stehen

§ 43. Verordnungen von Heilmitteln durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen, die hinsichtlich der Heilmittelverordnung nicht die Voraussetzungen nach § 350 Abs. 1 Z 2 ASVG erfüllen, sind den von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen, Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen (VertragsGruppenpraxen) ausgestellten Kassenrezepten aufgrund einer Bestätigung durch die Österreichischen Gesundheitskasse gleichgestellt (§ 350 Abs. 2 ASVG) und auch dann, wenn diese Verordnungen im Rahmen einer von der Österreichischen Gesundheitskasse eingeräumten Vereinbarung über Verordnungen (Rezepturbefugnis) ausgestellt wurden.

Kostenerstattung für Heilmittel

§ 44. Hat der/die Versicherte/Angehörige das Privatrezept nicht gemäß § 43 einem Kassenrezept gleichstellen lassen, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten die Kosten des bezahlten Heilmittels, wenn

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

Kostenerstattung für Behandlungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind

§ 45. (1) Wird für die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Behandlungen nicht ein Vertragspartner/eine Vertragspartnerin (eine eigene Einrichtung) der Österreichischen Gesundheitskasse in Anspruch genommen, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse die Kosten nach der Satzung, wenn der/die Versicherte (Angehörige) das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei der Österreichischen Gesundheitskasse bezahlt hat. Für die Kostenerstattung muss der/die Versicherte (Angehörige) oder eine von ihm/ihr beauftragte Person der Österreichischen Gesundheitskasse die saldierte Honorarnote, unabhängig davon, ob diese in Papierform vorliegt oder elektronisch erstellt wurde, übergeben oder elektronisch übermitteln. Auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse ist die saldierte Honorarnote (Rechnung) im Original als Voraussetzung für die Kostenerstattung vorzulegen.

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

(3) §§ 37, 38 und 39 gelten sinngemäß.

Kostenerstattung für Heilbehelfe

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

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

(3) Die §§ 32, 37 und 39 Abs. 1 und 3 gelten sinngemäß.

(4) Die Kosten für Heilbehelfe werden nicht erstattet, wenn der/die Versicherte einen gewerblichen Vertragspartner/eine gewerbliche Vertragspartnerin der Österreichischen Gesundheitskasse (Bandagist/Bandagistin, Optiker/Optikerin, etc.) privat in Anspruch genommen hat.

Kostenerstattung für Hilfsmittel

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

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

(3) Die §§ 32, 37 und 39 Abs. 1 und 3 gelten sinngemäß.

(4) Die Kosten für die Beschaffung eines Hilfsmittels werden nicht erstattet, wenn der/die Versicherte einen gewerblichen Vertragspartner/eine gewerbliche Vertragspartnerin der Österreichischen Gesundheitskasse (Hörgeräteakustiker/Hörgeräteakustikerin, Orthopädieschuhmacher/Orthopädieschuhmacherin, etc.) privat in Anspruch genommen hat.

Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 48. (1) Stellt der/die Versicherte einen Antrag auf einen Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege nach § 38 Z 2 der Satzung, so hat er/sie der Österreichischen Gesundheitskasse folgende Nachweise vorzulegen:

1. Ärztliche Anordnung der medizinischen Hauskrankenpflege sowie deren Datum,
2. Diagnose,
3. Medizinische Begründung für die Durchführung der medizinischen Hauskrankenpflege,

4. Erbringung durch diplomiertes Pflegepersonal (Name),
5. Datum, Art und Dauer der durchgeführten medizinischen Leistungen und qualifizierten Pflegeleistungen in Minuten,
6. Bestätigung der Richtigkeit der Angaben durch das diplomierte Pflegepersonal.

(2) §§ 37 Abs. 1 Z 1 bis 6 und 39 Abs. 1, 2 und 4 gelten sinngemäß.

6. Abschnitt
Anstaltspflege
(§§ 144 ff ASVG)

Nächstgelegene geeignete Krankenanstalt

§ 49. Für die Anstaltspflege als Sachleistung stehen alle Krankenanstalten, mit denen die Österreichische Gesundheitskasse einen Vertrag abgeschlossen hat, zur Verfügung. Wer auf eigenes Verlangen nicht in die nächstgelegene geeignete, sondern in eine weiter entfernte geeignete Krankenanstalt aufgenommen wird, hat für den dadurch entstehenden Mehraufwand (höhere Pflegegebühren, Transportkosten etc.) selbst aufzukommen. Dies gilt auch für notwendige Nach- und Folgebehandlungen. In Wien gelten alle öffentlichen Krankenanstalten als nächstgelegen.

Kostenübernahmeerklärung

§ 50.*aufgehoben*

Aufenthaltsbestätigung

§ 51. Bei der Entlassung aus der Krankenanstalt erhält der/die Versicherte (Angehörige) eine Aufenthaltsbestätigung. Diese ist der Österreichischen Gesundheitskasse unverzüglich vorzulegen. Die Verpflichtung des/der Versicherten (Angehörigen) entfällt, wenn die Entlassung von der Krankenanstalt der Österreichischen Gesundheitskasse aufgrund bestehender Vereinbarungen direkt mitgeteilt wird.

Arbeitsunfähigkeit nach Anstaltspflege

§ 52. Ist der/die erkrankte Versicherte (Angehörige) nach der Entlassung aus der Krankenanstalt noch nicht arbeitsfähig, hat er/sie die Arbeitsunfähigkeit durch eine/n Vertragsärztin/Vertragsarzt, eine/n Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine eigene Einrichtung der Österreichischen Gesundheitskasse unverzüglich feststellen zu lassen, es sei denn, diese Meldung erfolgt aufgrund von bestehenden Vereinbarungen durch die Vertragskrankenanstalt.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege

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

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

(3) Auf Verlangen der Österreichischen Gesundheitskasse ist die saldierte Honorarnote im Original vorzulegen.

7. Abschnitt
Verfahren bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit
(§ 155 ASVG)

Bewilligungspflicht

§ 54. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit werden nach einem durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin befürworteten Antrag und ärztliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse geleistet.

Verspäteter Antritt von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

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

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

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

(2) Der von der Österreichischen Gesundheitskasse vorgeschriebene Zuzahlungsbetrag für den Aufenthalt ist vom/von der Versicherten (Angehörigen) vor Antritt des Aufenthaltes an die Österreichische Gesundheitskasse zu zahlen.

Aufenthaltsbestätigung

§ 56. Nach der Entlassung aus einer Einrichtung, in der sich der/die Berechtigte während einer Maßnahme nach § 55 Abs. 1 aufgehalten hat, ist der Österreichischen Gesundheitskasse die Aufenthaltsbestätigung unverzüglich vorzulegen. Diese Verpflichtung entfällt, wenn die Entlassung der Österreichischen Gesundheitskasse aufgrund bestehender Vereinbarungen direkt mitgeteilt wird. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit gilt § 52 entsprechend.

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

Wochengeld

§ 57. (1) Für die Leistung von Wochengeld und Pflege in einer Krankenanstalt ist der Österreichischen Gesundheitskasse eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag vorzulegen.

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

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

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

(5) Zur Errechnung des Anspruches auf Wochengeld nach der Geburt des Kindes ist der Österreichischen Gesundheitskasse eine Geburtsbescheinigung vorzulegen. Im Falle einer Frühgeburt oder einer Kaiserschnittentbindung ist eine entsprechende Bestätigung vorzulegen.

Kostenübernahmeerklärung

§ 58. (1) Vor einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt muss unter Vorlage eines entsprechenden Antrages eines/einer Vertragsarztes/Vertragsärztin, einer Vertrags-Gruppenpraxis oder einer eigenen Einrichtung (sonstigen Vertragseinrichtung) eine Kostenübernahmeerklärung der Österreichischen Gesundheitskasse angefordert werden, wenn die Österreichische Gesundheitskasse im Verhältnis zu bestimmten Krankenanstalten nicht darauf verzichtet hat. Die Kostenübernahmeerklärung muss der Verwaltung der Krankenanstalt vor der Aufnahme vorgelegt werden.

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

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

9. Abschnitt
Überprüfung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnungen und des Gesundheitszustandes

Einhaltung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnungen

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

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

(3) Bei Nichtbefolgung der Anordnungen nach Abs. 1 und 2 durch die/den Versicherten, insbesondere bei genesungswidrigem Verhalten, hat diese/dieser einem verpflichtenden Beratungsgespräch durch die Österreichische Gesundheitskasse Folge zu leisten. Erfolgt die Einladung zum Beratungsgespräch über Anregung der Dienstgeberin/des Dienstgebers, so ist diese/r im Sinne des § 61 Abs. 1 letzter Satz zu informieren.

Krankenbesuchsdienst

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

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

(3) Der/Die Versicherte (Angehörige) ist verpflichtet, der Krankenbesucherin/dem Krankenbesucher die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Krankenbesucher/Die Krankenbesucherin ist berechtigt, den Versicherten/die Versicherte (Angehörige/n) an seiner/ihrer Wohnung aufzusuchen.

Prüfung des Gesundheitszustandes

§ 61. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse ist im Hinblick auf ihre gesetzliche Verpflichtung berechtigt, den Gesundheitszustand des/der Erkrankten zu prüfen. Der/Die Erkrankte hat eine entsprechende Einladung zu befolgen und sich auch untersuchen zu lassen. Erfolgt die Einladung über Anregung der Dienstgeberin/des Dienstgebers aufgrund eines durch sie/ihn konkretisierten begründeten Missbrauchsverdachts, so hat die Österreichische Gesundheitskasse die Dienstgeberin/den Dienstgeber über die Durchführung der erfolgten Prüfung zu informieren.

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

(3) § 6 Abs. 10 gilt sinngemäß.

10. Abschnitt
Erkrankung außerhalb des Bundesgebietes

Erkrankung außerhalb des Wohnortes bzw. Kassenbereiches im Inland

§ 62.*aufgehoben*

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

§ 63. (1) Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Staaten, in denen die Koordinierungsverordnungen anzuwenden sind, richtet sich in den durch die EKVK gedeckten Fällen nach § 6 Abs. 2 und 3, sonst nach den für den jeweiligen Leistungsfall anzuwendenden Bestimmungen (z. B. Formblatt E 112 bzw. S 2 für die Einreise zum Zweck der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen). Die Bestimmungen

über die freie Arztwahl oder die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung werden dadurch nicht eingeschränkt.

(2) Wer sich

1. in ein Gebiet außerhalb der in Abs. 1 genannten Staaten begibt, für das ein Abkommen über soziale Sicherheit gilt, welches Regelungen über die aushilfsweise Gewährung von Leistungen aus der Krankenversicherung zu Lasten eines österreichischen Krankenversicherungsträgers vorsieht, oder
2. in einen Staat nach Abs. 1 begibt, aber die entsprechende Leistung nicht von der EKVK gedeckt ist,

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

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

11. Abschnitt
Melde- und Auskunftspflicht der Versicherten
(§§ 40 und 43 ASVG)

Meldepflicht

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

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

längstens binnen zwei Wochen der Österreichischen Gesundheitskasse melden.

(2) Diese Meldepflicht ist

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

zu erfüllen.

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

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

(5) Wer während einer Arbeitsunfähigkeit bzw. während des Anspruchs auf Rehabilitationsgeld das Bundesgebiet verlassen will, hat vorher die Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse einzuholen. Diese kann erteilt werden, wenn

1. es von der behandelnden Stelle befürwortet wird und
2. eine positive Wirkung auf den Heilungsverlauf bzw. die Einhaltung der im Rahmen des Case Managements nach § 143b ASVG vereinbarten Maßnahmen (Versorgungsplan) zu erwarten ist oder ein triftiger Grund für den Ortswechsel vorliegt und dieser keine negativen Auswirkungen auf den Heilungsverlauf erwarten lässt und
3. am neuen Aufenthaltsort die notwendige medizinische Betreuung für die Fortführung der laufenden Behandlung bzw. die Umsetzung der im Versorgungsplan vereinbarten Maßnahmen gewährleistet ist.

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

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

der Österreichischen Gesundheitskasse unverzüglich melden.

Auskunftspflicht

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

1. für das Versicherungsverhältnis,
2. für Leistungen der Österreichischen Gesundheitskasse,
3. für Rückforderungsansprüche der Österreichischen Gesundheitskasse

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

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

12. Abschnitt
Verpflichtung zur Einholung einer ärztlichen Bewilligung durch den Medizinischen Dienst und Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland

Vorherige ärztliche Bewilligung durch den Medizinischen Dienst

§ 66. (1) Bei den im Anhang 1 angeführten Leistungen muss vor deren Anwendung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) eingeholt werden, sofern nicht in Verträgen, Vereinbarungen oder in den nachfolgenden Absätzen etwas anderes festgelegt wurde. Der/Die Versicherte (Angehörige) hat der Österreichischen Gesundheitskasse dafür alle für die Beurteilung der Bewilligung erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

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

(3) Für psychotherapeutische Behandlungen ist vor der 11. Sitzung für die weitere Behandlung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen. § 23 Abs. 2 gilt sinngemäß.

(3a) Für klinisch-psychologische Behandlungen ist vor der 11. Sitzung für die weitere Behandlung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen. § 23 Abs. 2 gilt sinngemäß.

(4) Für physiotherapeutische Behandlungen ist vor der 31. Anwendung, jedenfalls vor der 11. Sitzung, für die weitere Behandlung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen. Die ärztliche Verschreibung (Verordnung) im Sinne des § 135 Abs. 1 ASVG hat vorzuliegen und ist vor der 31. Anwendung, jedenfalls vor der 11. Sitzung für die ärztliche Bewilligung vorzulegen. Für physiotherapeutische Behandlungen in Form von Hausbesuchen ist die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) vor der 7. Behandlung einzuholen.

(5) Für logopädische Behandlungen ist vor der 11. Sitzung für die weitere Behandlung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen. Die ärztliche Verschreibung (Verordnung) im Sinne des § 135 Abs. 1 ASVG hat vorzuliegen und ist vor der 11. Sitzung für die ärztliche Bewilligung vorzulegen.

(6) Für ergotherapeutische Behandlungen ist vor der 11. Behandlungseinheit für die weitere Behandlung die ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen. Die ärztliche Verschreibung (Verordnung) im Sinne des § 135 Abs. 1 ASVG hat vorzuliegen und ist vor der 11. Sitzung für die ärztliche Bewilligung vorzulegen.

(7) Abweichend von Anhang 1 Z 7 ist bis 31. Dezember 2026 für Leistungen der Computertomographie (CT) und Kernspintomographie (MRT) keine ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(7a) Abweichend von Anhang 1 Z 1 bis 3 sowie § 66 Abs. 4 bis 6 ist bis 30. Juni 2027 für physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Behandlungen keine ärztliche Bewilligung durch die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(8) Auf Antrag des Versicherten/der Versicherten kann die Österreichische Gesundheitskasse (Medizinischer Dienst), insbesondere im Falle eines intensiven Behandlungsbedarfs sowie aus medizinischen Gründen, die ärztliche Bewilligung dauerhaft bzw. zeitlich befristet oder auf einen konkreten Therapieumfang bezogen dauerhaft ausstellen.

(9) Die Anzahl der Sitzungen bzw. Behandlungseinheiten nach den Absätzen 3 bis 6 bezieht sich jeweils auf das Vorliegen eines einheitlichen Versicherungsfalls.

Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland

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

1. stationäre Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 1 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes,
2. ambulante Behandlungen und Untersuchungen nach § 7b Abs. 4 Z 2 des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes, die den Einsatz hoch spezialisierter und kostenintensiver medizinischer Infrastruktur oder medizinischer Ausrüstung erfordern, dies sind
   a) diagnostische und therapeutische Anwendungen von Strahlen oder Teilchen wie Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT), Protonentherapie und Ionentherapie,
   b) ambulante Behandlungen und Untersuchungen mit Großgeräten, die in Österreich unter den Großgeräteplan fallen würden,
   c) kosmetische Behandlungen, für die eine Leistungspflicht gemäß § 133 Abs. 3 ASVG besteht,
   d) humangenetische Untersuchungen,
   e) operative Eingriffe, die in einem sterilen Bereich erfolgen müssen,
3. Behandlungen, die mit einem besonderen Risiko für die Patientin/den Patienten oder die Bevölkerung verbunden sind

   oder
4. Behandlungen, die von Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleistern erbracht werden, die im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnten, mit Ausnahme der Gesundheitsversorgung, die dem Unionsrecht über die Gewährleistung eines Mindestsicherungsniveaus und einer Mindestqualität in der ganzen Union unterliegt.

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

(3) Eine besondere Kostenerstattung nach Absatz 1 kann nur dann erfolgen, wenn dies vom Versicherten/von der Versicherten in Kenntnis der Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Behandlung oder Untersuchung aufgrund einer ärztlichen Bewilligung durch den Medizinischen Dienst nach § 66 in Verbindung mit Anhang 1 Z 6 ausdrücklich gewünscht wird.

13. Abschnitt
Regelung für Härtefälle

Härtefälle

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

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

14. Abschnitt
Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 69. (1) Diese Krankenordnung tritt mit 1. Juli 2020 in Kraft.

(2) Die Krankenordnung gilt für Sachverhalte, die sich nach ihrem Inkrafttreten verwirklichen.

(3) Die von den Gebietskrankenkassen bis zum 31. Dezember 2019 ausgestellten Bewilligungen gelten in deren Umfang weiter.

(4) Die zum 31. Dezember 2019 in Verwendung stehenden Muster zu e-card-Ersatzbelegen sind weiter zu verwenden.

Inkrafttreten der 1. Änderung

§ 70. Die 1. Änderung der Krankenordnung der Österreichischen Gesundheitskasse tritt am 1. Juli 2020 in Kraft.

Inkrafttreten der 2. Änderung

§ 71. Die 2. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Inkrafttreten der 3. Änderung

§ 72. Die 3. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2022 in Kraft.

Inkrafttreten der 4. Änderung

§ 73. Die 4. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Inkrafttreten der 5. Änderung

§ 74. Die 5. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2023 in Kraft.

Inkrafttreten der 6. Änderung

§ 75. Die 6. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Inkrafttreten der 7. Änderung

§ 76. (1) Die 7. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) § 7 Abs. 8 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

(3) *(Anm.: aufgehoben durch avsv Nr. 102/2024)*

Inkrafttreten der 8. Änderung

§ 77. (1) Die 8. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(2) Abweichend von Abs. 1 treten § 23a und § 66 Abs. 3a sowie Anhang 1 Z 4a mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(3) § 36 tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung außer Kraft.

Inkrafttreten der 9. Änderung

§ 78. (1) Die 9. Änderung der Krankenordnung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.

(2) § 76 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2024 außer Kraft.

Inkrafttreten der 10. Änderung

§ 79. Die 10. Änderung der Krankenordnung tritt mit 1. Juli 2025 in Kraft.

Anhänge

Anhang 1

Leistungen, für die eine ärztliche Bewilligung durch den medizinischen Dienst erforderlich ist

Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer ärztlichen Bewilligung durch den Medizinischen Dienst:

1. Logopädische Behandlung (§ 66 Abs. 5),
2. Ergotherapeutische Behandlung (§ 66 Abs. 6),
3. Physiotherapeutische Behandlung (§§ 66 Abs. 4),
4. Psychotherapeutische Behandlung (§ 66 Abs. 3),

4a. Klinisch-psychologische Behandlung (§ 66 Abs. 3a),

5. Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche,
6. Geplante Behandlungen und Untersuchungen, sofern es sich um
   a) eine geplante Behandlung und Untersuchung in einem EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz nach den EU-Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder
   b) eine geplante Behandlung und Untersuchung in einem EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz in den Fällen des § 67 Abs. 1 oder
   c) eine geplante Behandlung und Untersuchung in Vertrags- bzw. Nichtvertrags-Staaten handelt,
7. Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT), nuklearmedizinische Untersuchungen,*
8. Kosmetische Behandlung,
9. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung,
10. HELP-Therapie (Lipidapherese),
11. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion,
12. Flugtransporte,
13. Krankentransporte mit Ausnahme von Transporten in Fällen der Ersten Hilfe, zur Dialyse sowie zur Chemo- oder Strahlentherapie,
14. Heimdialyse,
15. Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard.

**(Anm. zu Z 7: vgl. dazu auch § 66 Abs. 7 idF avsv Nr. 84/2021)*

Anhang 2

Provisorische Ersatzbescheinigung für die europäische Krankenversicherungskarte

Provisorische Ersatzbescheinigung für die europäische Krankenversicherungskarte

24.4.2010 DE Amtsblatt der Europäischen Union C 106/39

PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

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

Ausgabemitgliedstaat

1.	2. ...

Angaben zum Karteninhaber

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

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

.....

Angaben zur Karte

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

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

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

Ausgabedatum der Bescheinigung

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

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

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

Anhang 3

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

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

ERKLÄRUNG

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

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

I. PEB — Gültigkeitsdauer der Bescheinigung von ..... bis .....

II. 1. EKVK — 2. Ausgabestaat

III.
3. Name:
4. Vorname(n):
5. Geburtsdatum: / /
6. Persönliche Kennnummer:

IV.
7. Kennnummer des Trägers:

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

VI.

Identitätsnachweis des Patienten/der Patientin:	☐ Reisepass ☐ Personalausweis ☐ Führerschein	Nummer: ..... Ausstellungsdatum: / /
	Ausstellende Behörde:	

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

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

VOM LEISTUNGSERBRINGER AUSZUFÜLLEN:

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

Datum — Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers bzw. des Verwaltungsassistenten/der Verwaltungsassistentin

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

Datum — Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Patienten/Patientinnenerklärung September 2019

Anhang 4

Bescheinigung als Ersatz für die e-card (e-card Ersatzbeleg)

aufgehoben

Anhang 5

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

Für folgende Leistungsarten besteht eine elektronische Administrationsunterstützung durch eKOS:

1. Computertomographie,
2. Magnetresonanztomographie,
3. Nuklearmedizinische Untersuchungen,
4. Humangenetische Untersuchungen,
5. Klinisch-psychologische Diagnostik,
6. Knochendichtemessung,
7. Röntgenuntersuchungen,
8. Röntgentherapien,
9. Sonographien.