

Kundgemacht im Amtsblatt Nr. 23 vom 2. Dezember 2019

Neuerlassung der Satzung der MKF

Verordnung

- des zuständigen Mitgliedes des Stadtsenates der Landeshauptstadt Linz vom 26. November 2019 betreffend die Neuerlassung der Verordnung des Gemeinderates der Landeshauptstadt Linz vom 25.6.1962, mit der die Satzung der Magistratskrankenfürsorge, zuletzt geändert mit Verordnung des zuständigen Mitgliedes des Stadtsenates vom 26.06.2015 kundgemacht im Amtsblatt der Landeshauptstadt Linz Nr. 14/2015, wie folgt neu erlassen wird.

Gemäß § 87 Abs. 4 Oö. Statutargemeinden-Beamten-gesetz 2002 wird verordnet:

I.

Inhaltsverzeichnis zur Satzung der MKF

I. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen.....	3
§ 1 Name und rechtliche Stellung.....	3
§ 2 Organe der MKF.....	3
II. Abschnitt Mitgliedschaft und Anspruchsberechtigung	3
§ 3 Mitglieder.....	3
§ 4 Angehörige und diesen Gleichgestellte.....	4
§ 5 Beginn der Mitgliedschaft	5
§ 6 Erlöschen der Mitgliedschaft.....	5
§ 7 Ruhen der Mitgliedschaft.....	5
§ 8 Anspruchsberechtigung.....	6
§ 9 Melde- und Auskunftspflicht.....	6
III. Abschnitt Leistungen und Vertrauensarzt/-ärztin.....	7
§ 10 Umfang der Leistungen	7
Ad Z. 1: Pflicht-Leistungen.....	7
§ 11 Krankenhilfe	7
§ 12 Ärztliche und fachärztliche Hilfe.....	8

§ 13 Der ärztlichen Hilfe gleich gestellte Leistungen.....	9
§ 14 Zahnbehandlung und Zahnersatz	9
§ 15 Heilmittel	10
§ 16 Körperersatzstücke, Heil-, Seh- und Hörbehelfe	11
§ 17 Anstaltspflege.....	11
§ 18 Medizinische Hauskrankenpflege	12
§ 19 Leistungen bei Mutterschaft.....	13
Ad Z. 2 Freiwillige Leistungen.....	13
§ 20 Weiterversicherung während der Schul- und Berufsausbildung	13
§ 21 Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	14
§ 22 Fahrt- und Transportkosten, Begleitpersonen.....	14
§ 23 Vertrauensarzt/-ärztin	15
§ 24 Erweiterte Heilbehandlung.....	16
IV. Abschnitt Vergütung, Zahlungsempfänger, Ersatz- und Abtretungspflichten... 16	
§ 25 Vergütung.....	16
§ 26 Zahlungsempfänger.....	17
§ 27 Ersatzpflichten.....	17
§ 28 Schadenersatzansprüche	18
V. Abschnitt Aufbringung der Mittel, Verwaltung	18
§ 29 Aufbringung der Mittel	18
§ 30 Aufgabenkreis der Abteilung MKF und Zahnstation	20
§ 31 Kuratorium.....	20
§ 32 Aufgabenkreis des Kuratoriums.....	20

I. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Name und rechtliche Stellung

Die Krankenfürsorge für die Beamten und Beamtinnen der Landeshauptstadt Linz (im folgenden kurz "MKF" genannt) ist eine Fürsorgeeinrichtung der Stadt Linz ohne Rechtspersönlichkeit.

§ 2

Organe der MKF

- 1) Die Geschäfte der MKF werden durch folgende Organe besorgt:
 - a) die Abt. MKF und Zahnstation des Geschäftsbereiches Personal und Zentrale Services,
 - b) das Kuratorium.

- 2) Der Abteilungsleiter/die Abteilungsleiterin der Abt. MKF und Zahnstation ist in Bezug auf die Bearbeitung von personenbezogenen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) der Versicherten an keine Weisungen gebunden (Wahrung des Grundrechts auf Achtung des Privatlebens gemäß Art. 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) und des Schutzes natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes (DSG; BGBl. I Nr. 165/1999, idF Nr. 120/2017, Nr. 24/2018) iVm der Verordnung(EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung)). Die SachbearbeiterInnen der Abt. MKF und Zahnstation sind in Bezug auf die obgenannten Daten nur an die Weisungen des Abteilungsleiters/der Abteilungsleiterin der genannten Abteilung gebunden.

II. Abschnitt Mitgliedschaft und Anspruchsberechtigung

§ 3

Mitglieder

Mitglieder der MKF sind:

- a) alle Beamten und Beamtinnen der Landeshauptstadt Linz,
- b) die Mitglieder des Stadtsenates, sofern diesen im Erkrankungsfall nicht bereits ein Anspruch auf Leistungen durch eine im § 2 Abs. 1 Z. 2 Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) angeführte Krankenfürsorgeeinrichtung zusteht,
- c) Personen, die aus einem Dienstverhältnis nach lit. a einen Versorgungsbezug, einen Übergangsbeitrag oder einen Unterhaltsbezug beziehen,
- d) Personen, die auf Grund einer in lit. b genannten Funktion eine Pensionsleistung (z.B. einen Ruhe- oder Versorgungsbezug) von der Landeshauptstadt Linz im Sinne der landesgesetzlichen Bestimmungen beziehen, sofern diesen nicht bereits ein Anspruch auf Leistungen durch eine im § 2 Abs. 1 Z. 2 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (B-KUVG) angeführte Krankenfürsorgeeinrichtung zusteht,
- e) auf Antrag Personen, die aus einer in lit. d genannten Funktion ohne eine Pensionsleistung nach lit. d) mit einem Anspruch auf eine solche Pensionsleistung ausgeschieden sind.

§ 4

Angehörige und diesen Gleichgestellte

- 1) Als Angehörige der Mitglieder der MKF gelten, wenn sie nicht bereits nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung krankenversichert sind oder für sie nicht seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge vorgesehen ist:
 - a) der Ehegatte/die Ehegattin,
 - b) der frühere Ehegatte/die frühere Ehegattin oder der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin eines Mitgliedes, wenn und solange ihm/ihr das Mitglied als Folge einer Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe bzw. Nichtigerklärung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft Unterhalt in einem wesentlichen Ausmaß zu leisten hat,
 - c) die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder,
 - d) die unehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes,
 - e) die unehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn seine Vaterschaft im Verfahren außer Streitsachen oder in einem sonst hiefür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozesswege gerichtlich festgestellt worden ist,
 - f) die Stiefkinder und Enkel, wenn sie vom Mitglied überwiegend erhalten werden,
 - g) die Pflegekinder, wenn sie vom Mitglied unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die unter lit. c bis e angeführten Kinder jedoch nur, wenn sie gegenüber dem Mitglied unterhaltsberechtigt sind, die unter lit. f bis g angeführten Kinder und Enkel, wenn sie mit dem Mitglied in ständiger Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten.

- 2) Kinder und Enkel im Sinne des Abs. 1 lit. c bis g gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus gelten sie als Angehörige, wenn
 - a) und solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine in § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992, BGBl. Nr. 305 i. d. F. BGBl. Nr. 23/1999, genannte Einrichtung besuchen, wird nur solange gewährt bzw. verlängert sich nur dann, wenn das ordentliche Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b) des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376 in der Fassung, BGBl. Nr. 23/1999 betrieben wird;
 - b) sich durch die Erfüllung der Wehrpflicht, durch Krankheit oder durch ein anderes unüberwindbares Hindernis die Absolvierung einer Schul- oder Berufsausbildung verzögert, so gelten sie als Angehörige über das 27. Lebensjahr hinaus für einen der Dauer der Verhinderung angemessenen Zeitraum, längstens für die Dauer von drei Jahren;
 - c) seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in lit. a) genannten Zeitraumes
 - 1.
 2. infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig oder
 3. erwerbslos sind.

Die Angehörigeneigenschaft besteht in den Fällen der Erwerbslosigkeit längstens zwei Jahre ab den in Abs. 2 genannten Zeitpunkten.

- 3) Sind beide Elternteile Mitglieder, dann gelten Kinder aus geschiedenen Ehen (aufgehobenen, für nichtig erklärten Ehen) als Angehörige jenes Elternteiles, in dessen Hausgemeinschaft sie ständig leben. Kommt bei unehelichen Kindern die Angehörigeneigenschaft nach Abs. 1 lit. d und e in Betracht, dann gelten die unehelichen Kinder als Angehörige der Kindesmutter, wenn sie mit dieser ständig in Hausgemeinschaft leben. Die ständige Hausgemeinschaft besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält, das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung eines Elternteiles und überwiegend auf seine Kosten in Pflege eines Dritten befindet.
- 4) Kommt eine mehrfache Angehörigeneigenschaft nach Abs. 1 in Betracht, so wird die Leistung nur einmal gewährt.

- 5) Das Kuratorium kann darüber hinaus eine andere Person hinsichtlich aller oder einzelner Leistungen den Angehörigen gleichstellen, sofern sie mit dem Mitglied seit mindestens sechs Monaten in Hausgemeinschaft lebt, von ihm nachweisbar überwiegend erhalten wird und nicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers versichert ist.
- 6) Pflegende Angehörige, die mit dem zu pflegenden Mitglied, das mindestens Pflegegeld der Stufe 3 bezieht im gemeinsamen Haushalt leben und über keine eigene Pflichtversicherung verfügen, gelten als Angehörige.

§ 5

Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft beginnt mit

- a) dem Dienstantritt als Beamter/Beamtin,
- b) dem Amtsantritt als Stadtsenatsmitglied,
- c) dem Tag des Entstehens des Anspruches auf Versorgungs- oder Unterhaltsbezug oder auf Übergangsbeitrag gem. § 3 lit. c,
- d) dem Tag, der gem. § 3 lit. e beantragt wird, wobei eine rückwirkende Antragstellung nicht möglich ist,
- e) dem Tag der Pensionsleistung gem. § 3 lit. d.

§ 6

Erlöschen der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft erlischt

- a) mit dem Tage des Ablebens,
- b) mit dem Tage der Auflösung des Dienstverhältnisses,
- c) mit dem Tag der Beendigung der Funktion als Stadtsenatsmitglied,
- d) mit dem Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig der ordentliche oder außerordentliche Ruhe- oder Versorgungsbezug, der Übergangsbeitrag oder der Unterhaltsbezug ausgezahlt werden,
- e) mit dem Tag, der gem. § 3 lit. e beantragt wird, wobei eine rückwirkende Antragstellung nicht möglich ist.

§ 7

Ruhen der Mitgliedschaft

- 1) Die Mitgliedschaft gem. § 3 lit. a ruht
 - a) während einesurlaubes ohne Bezüge (Karenzurlaub),
 - b) bei einer Außerdienststellung (für politische Mandatare).
- 2) Das Ruhen nach Abs. 1. tritt nicht ein,
 - a) sofern der Urlaub die Dauer eines Monats nicht überschreitet,
 - b) während des Karenzurlaubes aus Anlass der Mutterschaft, sofern Anspruch auf Leistungen nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz (KUG, BGBl. Nr. 296/1974 i.d.g.F.) oder nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG, BGBl. Teil I Nr. 103/2001 i.d.g.F.) oder nach dem OÖ. Karenzurlaubsgeldgesetz 2000 (OÖ. KUG 2002, LGBl. Nr. 26/2001 i.d.g.F.) besteht oder das Mitglied in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht ist,

- c) wenn eine Dienstfreistellung zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen sowie von Schwiegereltern oder Schwiegerkindern oder zur Betreuung eines schwer erkrankten Kindes in Anspruch genommen wird,
 - d) wenn das Mitglied die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft innerhalb von drei Wochen ab dem Zeitpunkt beantragt, ab dem sonst das Ruhen eintreten würde.
- 3) Das Ruhen der Mitgliedschaft zieht auch das Ruhen der Anspruchsberechtigung der Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) des betreffenden Mitgliedes nach sich.

§ 8

Anspruchsberechtigung

- 1) Der Anspruch der Mitglieder auf Leistungen der MKF entsteht mit dem Beginn der Mitgliedschaft und endet zwei Monate nach dem Erlöschen der Mitgliedschaft. Wenn vor Ablauf von zwei Monaten nach dem Erlöschen der Mitgliedschaft ein krankenversicherungspflichtiges Dienstverhältnis begründet oder die Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines anderen öffentlich-rechtlichen Dienstgebers erworben wird, so endet der Anspruch auf Leistungen der MKF mit dem Beginn der Krankenversicherungspflicht oder der Mitgliedschaft zur neuen Krankenfürsorgeeinrichtung.
- 2) Der Anspruch der Angehörigen (Gleichgestellten) auf Leistungen der MKF besteht während der Dauer der Angehörigeneigenschaft (Gleichstellung) und zwei Monate darüber hinaus. Der 2. Satz des Abs. 1 gilt sinngemäß.
- 3) Der Anspruch auf Leistungen der MKF ruht
 - a) bei allen Anspruchsberechtigten soweit, als ein Anspruch auf Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz besteht; bei Beamten und Beamtinnen überdies während des Ruhens der Mitgliedschaft,
 - b) bei Empfängern von Versorgungs- und Unterhaltsbezügen sowie Übergangsbeiträgen, wenn sie nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung krankenversichert sind oder für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge vorgesehen ist. Dies gilt nicht für Leistungen auf Anstaltspflege und tagelaborische Behandlungen.
- 4) Das Kuratorium kann Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) und Empfängern von Versorgungs- und Unterhaltsbezügen sowie Übergangsbeiträgen, die nach § 4 Abs. 1 und § 8 Abs. 3 lit. b nicht anspruchsberechtigt sind, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen einzelne Leistungen zuerkennen.

§ 9

Melde- und Auskunftspflicht

- 1) Jede Änderung in den Familienverhältnissen eines Mitgliedes (Heirat, Geburt, Tod, Scheidung, Wegfall der Kinderquote der Haushaltszulage u.ä.), jede Zugehörigkeit zu einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorge sowie ein Anspruch auf Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz sind der MKF unverzüglich schriftlich bekannt zu geben.
- 2) Mitglieder sowie Zahlungs- oder Leistungsempfänger haben der MKF über alle für die Anspruchsberechtigung und für die Prüfung bzw. Durchsetzung von Ansprüchen nach § 28 maßgebenden Umstände sowie über alle die Einhebung des Zusatzbeitrages für Angehörige maßgebenden Umstände Auskunft zu erteilen.

Die MKF hat zu Unrecht erbrachte Leistungen vom Mitglied zurückzufordern, soweit sie nicht im

guten Glauben verbraucht wurden. Werden Leistungen durch die MKF auf Grund unrichtiger und unvollständiger Angaben des Mitgliedes erbracht, ist die Annahme des gutgläubigen Verbrauchs ausgeschlossen.

III. Abschnitt **Leistungen und Vertrauensarzt/-ärztin**

§ 10 **Umfang der Leistungen**

Die Leistungen der MKF umfassen:

1. Pflichtleistungen

- a) Krankenhilfe,
- b) Leistungen bei Mutterschaft

Auf Pflichtleistungen besteht für das Mitglied und seine anspruchsberechtigten Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) ein Rechtsanspruch.

2. Freiwillige Leistungen

Neben den unter § 10 Z.1 abschließend (taxativ) aufgezählten Pflichtleistungen kann die MKF dem Mitglied und seinen anspruchsberechtigten Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten freiwillige Leistungen gewähren, insbesondere:

- a) Fahrt- und Transportkosten, Begleitpersonen (§ 22),
- b) erweiterte Heilbehandlung (§ 24),
- c) Weiterversicherung für die Dauer der Schul- und Berufsausbildung (§ 20),
- d) medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (§ 21).

Freiwillige Leistungen sind entweder ergänzende Leistungen zu den Pflichtleistungen gemäß § 10 Z. 1, solche Leistungen, die mit Pflichtleistungen in keinem Zusammenhang stehen oder außerordentliche Zuschüsse bei Härtefällen gemäß § 32 Abs. 2 darstellen. Über die Gewährung von freiwilligen Leistungen entscheidet - ausgenommen über Anträge nach lit. c - über Antrag das Kuratorium. Auf freiwillige Leistungen besteht kein Rechtsanspruch.

Ad Z. 1: Pflicht-Leistungen

§ 11 **Krankenhilfe**

- 1) Die Krankenhilfe muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenhilfe sollen die Gesundheit, die Dienstfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Was zweckmäßig und ausreichend ist, richtet sich jeweils nach dem Stand der medizinisch anerkannten Wissenschaften.
- 2) Als Krankenhilfe wird gewährt:
 - a) ärztliche und fachärztliche Hilfe,
 - b) der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen,
 - c) Zahnbehandlung und Zahnersatz,
 - d) Heilmittel,

- e) Körperersatzstücke, Heil-, Seh- und Hörbehelfe,
- f) Anstaltspflege,
- g) medizinische Hauskrankenpflege.

§ 12

Ärztliche und fachärztliche Hilfe

- 1) Die ärztliche und fachärztliche Hilfe darf nur insoweit beansprucht werden, als dies durch die Art der Erkrankung notwendig ist. Ein Hausbesuch (Visite) darf nur gewährt werden, wenn das Mitglied (der Angehörige bzw. dessen Gleichgestellter) wegen seines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage ist, die Ordination selbst aufzusuchen.
- 2) Die Wahl des Arztes/der Ärztin (Facharztes/Fachärztin) ist dem Mitglied bzw. Angehörigen (und dessen Gleichgestellten) freigestellt. Die Inanspruchnahme eines Facharztes/einer Fachärztin ist unmittelbar möglich. Bei notwendigen Hausbesuchen (Visiten) wird eine Wegegebühr grundsätzlich nur bis zum/zur nächstgelegenen Arzt/Ärztin (Facharzt/Fachärztin) vergütet.
- 3) Die gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer Ärzte/Ärztinnen ist nur gestattet, wenn der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin die Beziehung eines/einer weiteren Arztes/Ärztin (Facharztes/-ärztin) für notwendig erachtet.
- 4) Die nachgewiesenen Kosten der ärztlichen und fachärztlichen Grundleistungen, der ambulant vorgenommenen Operationen, die Kosten der ärztlichen und fachärztlichen Sonderleistungen, der physikalischen Behandlungen, der Laboratoriumsuntersuchungen sowie der Röntgendiagnostik und Röntgentherapie werden bis zum Ausmaß von 90 % des mit der Ärztekammer für Oberösterreich vereinbarten Tarifes ersetzt. Zur Früherkennung von Krankheiten werden Vorsorge- (Gesunden) Untersuchungen gewährt. Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen Richtlinien finden hier sinngemäß Anwendung. Der Vergütungssatz beträgt bei derartigen Untersuchungen 100 Prozent. Dies gilt jedoch nicht für damit in Zusammenhang stehende Sonderuntersuchungen.
- 5) Die Kosten von in öffentlichen Krankenhäusern ambulant erbrachten Leistungen, die inhaltlich einer ärztlichen bzw. fachärztlichen Hilfe gleichzusetzen sind, werden nach den Tarifen der jeweils gültigen Ambulanzgebühren-Verordnung der O.ö. Landesregierung übernommen. Das Mitglied hat bei derartigen Behandlungen bzw. Untersuchungen an sich oder seinen Angehörigen bzw. dessen Gleichgestellten einen Selbstbehalt von 10% zu leisten. Für den Fall, dass bei Dauerbehandlungen (z.B. Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie udgl.) die Leistung des Selbstbehaltes zu finanziellen Problemen beim Mitglied führt, kann das Kuratorium über Antrag - unter Bedachtnahme auf die persönlichen, familiären und finanziellen Verhältnisse des Mitgliedes - Ausnahmen von dieser Regelung bewilligen.
- 6) Bei Erlöschen von Honorartarifen sind die Kosten bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung durch das zuständige Mitglied des Stadtsenates oder bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung in der bisherigen Höhe zu vergüten.
- 7) Für Behandlungen durch Personen, die nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften berechtigt sind (z. B. Heilpraktiker/-praktikerin, Beinrichter/-richterin), wird keine Vergütung geleistet.
- 8) Erfolgt die ärztliche Hilfe durch einen Arzt/eine Ärztin, der Ehegatte, Angehöriger bzw. dessen Gleichgestellter im Sinne des § 4 des Mitgliedes ist und mit diesem im gemeinsamen Haushalt lebt, so werden Ordinationsleistungen nicht vergütet.

§ 13

Der ärztlichen Hilfe gleich gestellte Leistungen

- 1) Im Rahmen der Krankenhilfe ist der ärztlichen Hilfe gleich gestellt:
Eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatriisch-audiometrische und
 - c) ergotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl. Nr. 460/1992 i.d.g.F., zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienstes bzw. des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind.
Eine Behandlung durch den Ergotherapeuten zählt nur insoweit zur Krankenbehandlung, als es um die Reaktivierung der persönlichen Fähigkeiten des Patienten geht, nicht etwa bloß um die Besorgung der Zurverfügungstellung von bestimmten Hilfsmitteln, die dem Patienten die Handhabung eines Gerätes erleichtern.
- 2) Eine aufgrund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen/einer klinischen Psychologin nach § 29 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. Nr. 182/2013 i.d.g.F., der zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt ist.
- 3) Eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990 zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes im Sinne des § 63 Abs. 1 Satz 2 B-KUVG idF. BGBl. Nr. 679/1991 eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat.
- 4) Eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmasseurs, der nach § 46 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, BGBl. I Nr. 169/2002, zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.
- 5) Die Leistungen gem. den Absätzen 1 bis 4 werden mit Beträgen vergütet, die das Kuratorium generell festlegt.
- 6) Die Bestimmungen der §§ 11 und 12 gelten sinngemäß.

§ 14

Zahnbehandlung und Zahnersatz

- 1) Die Zahnbehandlung erfolgt in der Zahnstation der MKF oder durch einen Zahnarzt/Zahnärztin oder noch praktizierende/n Dentisten/Dentistin nach freier Wahl.
- 2) Die Kosten für chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen werden bis zum Ausmaß von 90 % der mit der Landes Zahnärztekammer Oberösterreich vereinbarten Tarife vergütet. Bei Erlöschen der Tarife sind die Kosten bis zu einer Regelung durch das Kuratorium oder bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung in der bisherigen Höhe zu vergüten. Für Interimsprothesen wird eine Vergütung nur dann gewährt, wenn der Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin eine Notwendigkeit aus gesundheitlichen oder beruflichen Gründen bestätigt.
- 3) Für den unentbehrlichen Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und für Kieferregulierungen, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, setzt das Kuratorium die Kostenbeiträge fest.

Die Mehrkosten einer medizinisch nicht notwendigen Luxusausführung (z. B. Gussfüllungen aus Gold, Platin oder ähnlichem Material) werden nicht vergütet.

§ 15

Heilmittel

- 1) Die Heilmittel umfassen die notwendigen Arzneien und die sonstigen Mittel, die der Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder der Sicherung des Heilerfolges dienen. Die Kosten der ärztlich verordneten Heilmittel, Verbandstoffe und Heilbehelfe bestimmter Art, die im österreichischen Arzneispezialitätenregister (Warenverzeichnis I und II) registriert sind und die in der österreichischen Arzneitaxe enthaltenen Arzneistoffe werden, wenn das Medikament in einer Apotheke in Oberösterreich bzw. in der Hausapotheke eines Arztes/einer Ärztin bezogen wird, gegen Erlag einer vom Kuratorium festzulegenden Rezeptgebühr direkt mit der Pharmazeutischen Gehaltskasse in Wien verrechnet.
- 2) Mitglieder der Krankenfürsorge, die in anderen Bundesländern wohnen oder dort vorübergehend Aufenthalt nehmen, haben die Möglichkeit, von der in Abs. 1 angeführten Regelung Gebrauch zu machen, wenn auf dem Rezept Name, Vorname, Geburtsjahr und Krankenfürsorge für Beamte der Stadt Linz vermerkt werden.
- 3) Für ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandstoffe und Heilbehelfe bestimmter Art (siehe Abs. 1), die in Apotheken (Hausapotheken) außerhalb Oberösterreichs bezogen und vom Anspruchsberechtigten bezahlt werden, vergütet die Krankenfürsorge dem Mitglied den Rechnungsbetrag nach dem im österreichischen Arzneispezialitätenregister (Warenverzeichnis I und II) eingetragenen begünstigten Tarif abzüglich der jeweils gültigen Rezeptgebühr, außer das Mitglied hat den ordentlichen Wohnsitz außerhalb Oberösterreichs. In diesem Fall wird bei der Vergütung nur die Rezeptgebühr in Abzug gebracht.
- 4) Auf Rechnung der Krankenfürsorge dürfen nicht bezogen werden:
 - a) Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen,
 - b) natürliche Mineralwässer und Mineralquellprodukte,
 - c) Mittel zur Körperpflege aller Art (Kosmetika),
 - d) Mittel für prophylaktische Impfungen (z.B. Resochin, Lariam).
- 5) Sera, Impfstoffe und Vakzine werden nur vergütet, wenn sie im Zuge einer Behandlung verordnet wurden.
- 6) Nur mit vorheriger Genehmigung der MKF können bezogen werden:
 - a) Vitaminpräparate (gemäß Indikationsgruppe 54 Austria Codex),
 - b) Antiadiposita (gemäß Indikationsgruppe 04 Austria Codex), zur Beurteilung muss der BMI (Body Mass Index) auf dem Rezept angegeben werden,
 - c) Schutz und Pflege von Haut, Haaren und Nägel (gem. Indikationsgruppe 22N/01 Austria Codex)
 - d) Entwöhnungsmittel (gem. Indikationsgruppe 26A+B Austria Codex),
 - e) Aufbaumittel (gem. Indikationsgruppe 16 Austria Codex), die Diagnosen Erschöpfungszustände, Konzentrationsstörung, Schwächezustände, Müdigkeit, Untergewicht oder ähnliches, sind für eine Genehmigung keinesfalls ausreichend,
 - f) Substitutionstherapie (gemäß Indikationsgruppe 31B01 Austria Codex) Wachstumshormone,
 - g) Androgene und / oder Anabolika (gemäß Indikationsgruppe 31H01 Austria Codex) Sexualhormone,
 - h) Kontrazeptiva (gemäß Indikationsgruppe 31I/01-06 und 29B Austria Codex). Die Diagnose Zyklusstörungen, schmerzhafte Regelblutung, Fehlen oder Ausbleiben der monatlichen Regelblutung oder ähnliches sind für eine Genehmigung keinesfalls ausreichend,
 - i) Muskelrelaxantien (gemäß Indikationsgruppe 46A04 Austria Codex),
 - j) Urologika (gemäß Indikationsgruppe 52F Austria Codex),
 - k) Gonadotropine (gemäß Indikationsgruppe 29C01 Austria Codex) Sexualhormone (IVF-Fonds),
 - l) Diätische Lebensmittel und Heilnahrung.

Während einer Chemo- oder Radiotherapie ist eine Kostenübernahme ohne vorherige Genehmigung gewährleistet.

- 7) Zusatzgebühren nach den Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe, die bei Inanspruchnahme einer Apotheke bzw. Hausapotheke in der Zeit nach Betriebssperre bis 7 Uhr früh von der Apotheke eingehoben werden dürfen, sind vom Anspruchsberechtigten selbst zu bezahlen, sofern nicht der/die verschreibende Arzt/Ärztin durch den handschriftlichen Vermerk "expeditio nocturna" ausdrücklich die sofortige Expedition verlangt.

§ 16

Körperersatzstücke, Heil-, Seh- und Hörbehelfe

- 1) Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel sind in einfacher und zweckentsprechender Ausführung zu gewähren. Als Hilfsmittel sind hierbei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,
 - a) die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
 - b) die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen.
- 2) Die Kosten der vom Vertrauensarzt/von der Vertrauensärztin als medizinisch notwendig anerkannten Körperersatzstücke und Heilbehelfe werden - soweit sie nicht von der MKF zur Verfügung gestellt werden - in einem vom Kuratorium festgesetzten Ausmaß vergütet. Das Mitglied und seinen Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) hat beim Bezug von Heilbehelfen einen Selbstbehalt bzw. einen Mindestkostenanteil zu leisten. Die Höhe des Selbstbehaltes und auch die des Mindestkostenanteiles wird vom Kuratorium festgelegt. Das Kuratorium ist ermächtigt, Höchstbeträge bei der Vergütung von Heilbehelfen festzulegen.
- 3) Für Brillengläser und Kontaktlinsen werden 90 Prozent der zwischen der Optikerin und den Oö. Krankenfürsorgen vereinbarten Tarife vergütet. Unabhängig von der Gebrauchsdauer (die Tragedauer wird vom Kuratorium festgelegt) werden Brillengläser und Kontaktlinsen neuerlich vergütet, wenn sich die Sehstärke geändert hat. Brillenfassungen werden mit einem vom Kuratorium festgesetzten Höchstbetrag vergütet.
- 4) Für Kontaktlinsen gelten besondere Kostenübernahme-Bestimmungen (z.B. hohe Sehschwäche, bestimmte Augenerkrankungen), die vom Kuratorium festgelegt werden.
- 5) Das Kuratorium ist ermächtigt, Richtlinien über die Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel festzusetzen (sh. Anlage 1). Eine neuerliche Kostenübernahme für einen Heilbehelf ist grundsätzlich erst nach Ablauf der Gebrauchsdauer möglich. Wenn vertrauensärztlich festgestellt wird, dass ein Heilbehelf oder ein Hilfsmittel nicht mehr den Bedürfnissen entspricht, entscheidet das Kuratorium über die Kosten für die Neuanschaffung vor Ablauf der Trage- bzw. Gebrauchsdauer.

§ 17

Anstaltspflege

- 1) Pflege in einer Krankenanstalt wird gewährt, wenn und solange die Art der Krankheit dies erfordert und nicht medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 18 möglich ist.
- 2) Bei Unterbringung in einer inländischen öffentlichen Krankenanstalt werden grundsätzlich die Pflegegebühren der Allgemeinen Gebührenklasse dieser Anstalt vergütet. Wird die Anstaltspflege in einer höheren Gebührenklasse in Anspruch genommen, so werden 90 % der Pflege- und Aufwandsgebühren der Sonderklasse-Mehrbettzimmer dieser Anstalt vergütet. Besteht mit der Krankenanstalt ein Verrechnungs- und/oder Gebührenübereinkommen, so werden die vereinbarten Gebühren bzw. bei Anstaltspflege in einer höheren Gebührenklasse 90 % der für die Sonderklasse-

Mehrbettzimmer vereinbarten Gebühren vergütet. Der Aufenthalt auf dem Sonderklasse-Mehrbettzimmer ist auf 28 Tage pro ununterbrochenem Aufenthalt und anspruchsbegründeten Krankheitsfall begrenzt. Eine Verlängerung des Aufenthalts in derselben Krankenanstalt ist durch Verlegung auf eine andere interne Krankenstation nicht möglich. Für eine erneute Inanspruchnahme hat eine Entlassung des Mitglieds aus der Krankenanstalt zu erfolgen. Sonderklasse-Leistungen werden auch in jenen Fällen nicht übernommen, in denen von beitragsfrei mitversicherten Angehörigen im Sinne des § 4 ein Sonderurlaub ohne Bezüge aus anderen Gründen als der Kindererziehung in Anspruch genommen und die Möglichkeit zur Weiterversicherung auf Grund eines Dienstverhältnisses nicht genützt wird.

- 3) Bei Inanspruchnahme der Sonderklasse-Mehrbettzimmer in einer öffentlichen bzw. privaten Krankenanstalt in Österreich ist pro Verpflegstag ein Kostenbeitrag zu entrichten (Ausnahme: bei Leistungen gem. Abs. 5). Die Höhe dieses Verpflegskostenbeitrags richtet sich nach dem vom Kepler Universitätsklinikum Med. Campus III festgesetzten Kostenbeitrag.
- 4) Wird die Anstaltspflege in einer privaten Krankenanstalt in Anspruch genommen, werden deren Kosten bis zur Höhe von 90 Prozent der entsprechenden Pflege- und Aufwandsgebühren der Sonderklasse (Mehrbettzimmer) des Kepler Universitätsklinikums Med. Campus III vergütet. Die Begrenzung der Aufenthaltsdauer in Abs. 1 gilt sinngemäß.
- 5) Bei Inanspruchnahme einer Krankenanstalt im Ausland werden, sofern die Kosten nicht im Rahmen eines zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommens abzurechnen sind, die Aufwendungen bis zu der in Abs. 3 umschriebenen Höhe (90 Prozent der entsprechenden Pflege- und Aufwandsgebühren der Sonderklasse-Mehrbettzimmer des Kepler Universitätsklinikums Med. Campus III vergütet. Die Begrenzung der Aufenthaltsdauer in Abs. 1 gilt sinngemäß.
- 6) Wenn ein Ehegatte/eine Ehegattin oder ein eingetragener Partner / eine eingetragene Partnerin, der gemäß § 4 Abs. 1 nicht als Angehöriger gilt, Anstaltspflege in Anspruch nimmt, erhält er eine Vergütung der von ihm endgültig zu tragenden Kosten in der Höhe der Differenz zwischen dem von seiner Krankenversicherung oder Krankenfürsorgeeinrichtung geleisteten bzw. zu leistenden Betrag und der Vergütung, auf die er gemäß den Abs. 1, 3 und 4 als Angehöriger Anspruch hätte (Aufzahlung auf die Sonderklasse), jedoch nur unter der Voraussetzung, dass das Mitglied den Beitragszuschlag gemäß § 29 Abs. 5 leistet. Das Mitglied hat für alle beitragsfrei mitversicherten Ehegatten /-gattinnen, Lebensgefährten /-gefährtinnen und eingetragenen Partner /-innen gleichfalls einen Beitragszuschlag gemäß § 29 Abs. 5 zu entrichten.
- 7) Für Anstaltspflege zur Durchführung einer Entwöhnungskur kann das Kuratorium für die Dauer von sechs Wochen nach vorheriger Anhörung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin einen Pflegegebührenbeitrag gewähren. Ist zur Erzielung des Heilerfolges eine Verlängerung der Anstaltspflege erforderlich, so kann das Kuratorium auf Grund des Gutachtens des Anstaltsarztes für eine weitere Dauer von drei Monaten einen Pflegegebührenbeitrag gewähren.
- 8) Kein Anspruch auf Gewährung von Anstaltspflege besteht dann, wenn sie nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung (Asylierung) bedingt ist.
- 9) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 3 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Nr.732/1995), in einer Pflegeanstalt für Kranke, die an chronischen Krankheiten leiden und die ungeachtet ihrer Unheilbarkeit ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 4 des Krankenanstaltengesetzes 1957 i.d.g.F.). Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Abs. 1 Z. 1 des Krankenanstaltengesetzes 1957 i.d.g.F.) durchgeführt oder von der MKF als Anstaltspflege anerkannt wird.

§ 18

Medizinische Hauskrankenpflege

- 1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Sie ist auch anstelle von Anstaltspflege (§ 17) zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt und die Möglichkeit einer med. Hauskrankenpflege gegeben ist.
- 2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches im Rahmen von Vertragseinrichtungen, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben, tätig ist.
- 3) Die Tätigkeit der diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonen kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfasst med. Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung oder Dekubitusversorgung. Sie umfasst nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.
- 4) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Krankheitsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nur auf Empfehlung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin der MKF weitergewährt.
- 5) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt während einer Unterbringung in einer der im § 17 Abs. 9 bezeichneten Einrichtungen oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient.
- 6) Die Höhe des Kostenzuschusses bzw. das Ausmaß der Vergütung wird vom Kuratorium festgelegt. Mit den Rechtsträgern von Institutionen, die Hauskrankenpflege durchführen, können Verrechnungs- und Gebührenübereinkommen abgeschlossen werden.

§ 19

Leistungen bei Mutterschaft

Als Leistungen bei Mutterschaft werden gewährt:

- 1) Hebammenbeistand bei Hausentbindungen. In Entbindungsheimen wird nach dem Hebammengremium für Oberösterreich vereinbarten Tarifen vergütet. Die Vergütung für den Beistand durch diplomierte Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger wird durch das Kuratorium festgelegt.
- 2) Die Leistungen der Krankenhilfe (§ 11), wobei jedenfalls auch die Sondergebühr nach § 34 Abs. 1 lit. b des OÖ. Krankenanstaltengesetzes vergütet wird und gegebenenfalls das Entbindungspauschale an die Stelle der Pflegegebühren tritt.

Ad Z. 2 Freiwillige Leistungen

§ 20

Weiterversicherung während der Schul- und Berufsausbildung

- 1) Kinder und Enkel (§ 4 Abs. 1 lit. c bis g), die aus der beitragsfreien Mitversicherung als Angehörige ausgeschieden sind (auch wegen überlanger Studiendauer), können, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben, in der MKF mitversichert werden, wenn und solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht. Voraussetzung hierfür ist, dass kein anderer gesetzlicher Krankenversicherungsschutz gegeben ist.
- 2) Die Weiterversicherung beginnt,

- a) wenn der Antrag innerhalb von 6 Wochen nach dem Ende der vorangegangenen Mitversicherung gestellt wird, im Anschluss daran,
 - b) in allen anderen Fällen mit dem Tag der Antragstellung.
- 3) Die Weiterversicherung endet, wenn das Kind oder Enkelkind
- a) eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt (hier mit dem Tag der Ausübung),
 - b) eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung zuerkannt bekommt,
 - c) eine versicherungspflichtige selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt oder
 - d) wenn die nach den schul-, ausbildungs- oder studienrechtlichen Vorschriften vorgesehene Dauer der Schul- oder Berufsausbildung um mehr als sechs Semester bzw. drei Jahre überschritten wird.
- 4) Für die Weiterversicherung des Kindes oder Enkelkindes hat das Mitglied einen Beitrag nach § 24 Abs. 6 zu leisten.

§ 21

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

- 1) Im Anschluss an eine Krankenbehandlung können nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 11 Abs. 1 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gewährt werden. Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Gesundheitszustand der Mitglieder und deren anspruchsberechtigten Angehörigen sowie deren Gleichgestellten soweit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen
- 2) Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gem. Abs. 1 umfassen nach Empfehlung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin der MKF:
- a) die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
 - b) die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel (Gehschule udgl.);
 - c) die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an eine oder im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach lit. a oder b erforderlich sind;
 - d) die Übernahme der Fahrt- und Transportkosten in den Fällen der lit. a bis c sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln als freiwillige Leistung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.
- 3) Die Vergütung und die Art der Verrechnung richtet sich nach der Leistungsart (Direktverrechnung, Kostenersatz mit Selbstbehalt und dgl.). Über die Art und die Höhe der Vergütung werden vom Kuratorium generelle Entscheidungen getroffen.

§ 22

Fahrt- und Transportkosten, Begleitpersonen

- 1) Anlässlich der Inanspruchnahme von Pflichtleistungen im Inland werden Fahrt- und Transportkosten im notwendigen Ausmaß unter Bedachtnahme auf die folgenden Bestimmungen übernommen:
- 2) Fahrtkosten werden vergütet, soweit sie zur Inanspruchnahme der nächstgelegenen Behandlungsstelle (Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin, Zahnbehandler/in, Krankenhaus usw.) des Mitgliedes oder des Angehörigen (bzw. dessen Gleichgestellten) notwendig sind.
- Ausgenommen sind:

- a) die ersten 10 km jeder Fahrt,
 - b) Fahrten innerhalb des Stadt-, Gemeindegebietes und
 - c) Fahrten anlässlich des Bezuges von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln.
- 3) Wird im Sinne der freien Arztwahl eine Behandlungsstelle aufgesucht, die weiter entfernt liegt, können die Kosten nur bis zur nächstgelegenen Stelle vergütet werden.
- 4) Fahrtkosten werden unabhängig davon welches Verkehrsmittel benützt wird, mit einem vom Kuratorium festzusetzenden Kilometergeld vergütet.
- 5) Kosten für eine Begleitperson werden in der Höhe von 50 % des vom Kuratorium festgesetzten Kilometergeldes ersetzt
- a) für ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr oder
 - b) für eine Person, bei der dies aufgrund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist, wenn überdies nachgewiesen wird, dass mit einem öffentlichen Verkehrsmittel gefahren wurde.
- 6) Bei Benützung eines Pkws durch mehrere Personen kann der Fahrtkostenersatz nur für eine Person beantragt werden.
- 7) Die Kosten eines Transportes in die nächstgelegene Krankenanstalt oder sonstige Behandlungsstelle werden vergütet, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der Erkrankte aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit Begleitperson) benutzen konnte. Gleichfalls sind Transporte durch das Rote Kreuz oder ähnliche Einrichtungen im Ausmaß von 100% zu vergüten. Wird der Transport mittels Privat-PKW durchgeführt, erfolgt die Vergütung in der Höhe des Kilometergeldes (analog Abs. 4), wenn der Transport mit dem Taxi ärztlich angeordnet worden ist. Das Mitglied und seine Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) haben bei den Transportkosten einen Mindestkostenanteil in der Höhe der jeweiligen Rezeptgebühr zu tragen. Das Mitglied und seine Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) haben keinen Kostenanteil nach Abs. 7 zu entrichten, wenn
- a) eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach den Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt, oder
 - b) der Transport mit einem privaten Kraftfahrzeug erfolgt oder
 - c) in besonders begründeten Fällen bei Dauerbehandlungen (z.B. Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen udgl.), wenn die Summe der laufend zu entrichtenden Selbstbehalte an die Grenzen der finanziellen Leistungsfähigkeit des Mitgliedes führt. Das Kuratorium kann auf Antrag bei derartigen Fällen Nachlässe gewähren.
- 8) Der Transport mit einem Rettungshubschrauber udgl. wird bis zur nächstgelegenen Behandlungsstelle zu 100% übernommen, wenn eine Beförderung auf dem Landweg wegen des Zustandes des Erkrankten oder der Dringlichkeit des Falles nicht zu verantworten wäre und die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes durch eine ärztliche Bescheinigung bestätigt wird und die Kosten nicht durch einen Dritten übernommen werden.
- 9) Bergungskosten und die Kosten der Beförderung bis ins Tal oder an Land werden bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik nicht ersetzt.
- 10) Mit der Gewährung eines Beitrages gemäß § 24 Abs. 1 lit. a) und b) ist die Vergütung der Fahrtkosten in der niedrigsten Gebührenklasse eines öffentlichen Verkehrsmittels verbunden, allerdings beschränkt bei Kuraufenthalten auf das Bundesgebiet und bei Genesungsaufenthalten auf das Bundesland Oberösterreich.

§ 23

Vertrauensarzt/-ärztin

Der MKF steht zur Beurteilung der Notwendigkeit bzw. Zweckmäßigkeit der beanspruchten Leistungen der in das Kuratorium entsendete Amtsarzt/-ärztin des Geschäftsbereichs Gesundheit und Sport (§ 31 Abs. 1) als Vertrauensarzt/-ärztin zur Verfügung.

§ 24

Erweiterte Heilbehandlung

- 1) Die erweiterte Heilbehandlung ist eine freiwillige Leistung, die nach Feststellung der Notwendigkeit durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin gewährt werden kann. Sie umfasst:
 - a) den Kuraufenthalt in einem Kurort oder einem Heilbad,
 - b) den Genesungsaufenthalt für Rekonvaleszente nach schwerer Krankheit oder Operation,
 - c) die Inanspruchnahme von ambulanten Kurmitteln (Schlamm packungen, medizinische Heilbäder aller Art etc.).
- 2) Für die erweiterte Heilbehandlung kann das Kuratorium Kostenzuschüsse gewähren. Die Richtlinien hierfür setzt das Kuratorium im Rahmen der vorhandenen finanziellen Mittel fest.
- 3) Um einen Kostenzuschuss für eine erweiterte Heilbehandlung ist schriftlich anzusuchen. Das Kuratorium entscheidet über die Gewährung eines Kostenzuschusses unter Berücksichtigung des Gutachtens des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin über die Notwendigkeit der erweiterten Heilbehandlung.
- 4) Die Dauer eines Kur- oder Genesungsaufenthaltes beträgt maximal 23 Kalendertage (inkl. Hin- und Rückfahrt), jedoch darf eine Mindestaufenthaltsdauer von 19 Tagen nicht unterschritten werden. Bei Abbruch eines Kur- oder Genesungsaufenthaltes vor dem 19. Tag erfolgt keine Vergütung.

IV. Abschnitt

Vergütung, Zahlungsempfänger, Ersatz- und Abtretungspflichten

§ 25

Vergütung

- 1) Die Kosten für die ärztliche und fachärztliche Hilfe, für Zahnbehandlungen und Zahnersätze - ausgenommen die Leistungen in der Zahnstation der MKF - sowie für Heilmittel und Heilbehelfe können der MKF sowohl saldiert als auch unsaldiert zur Vergütung vorgelegt werden. Die Rechnungen sind unverzüglich, jedenfalls aber innerhalb von drei Monaten, zur Vergütung einzureichen. Die MKF kann jedoch Mitglieder von der Regelung der Vergütung unbezahlter Rechnungen ausschließen, wenn diese ihre Zahlungspflicht gegenüber der leistenden Stelle (Arzt/Ärztin, Labor und dgl.) nicht erfüllen.
- 2) Die Kosten für Anstaltspflege, Krankentransport und Sehbehelfe werden im satzungsmäßigen Ausmaß in der Regel von der MKF direkt bezahlt. Soweit diesbezügliche Kosten von den Mitgliedern getragen werden, erfolgt die entsprechende Vergütung durch die MKF gemäß Abs. 1.

§ 26

Zahlungsempfänger

- 1) Die Vergütungen bzw. Kostenbeiträge der MKF sind grundsätzlich an das anspruchsberechtigte Mitglied zu leisten.
- 2) Ist im Zeitpunkt des Todes des anspruchsberechtigten Mitgliedes bzw. seines anspruchsberechtigten Angehörigen (und dessen Gleichgestellten) eine fällige Leistung noch nicht ausgezahlt, so ist sie, sofern sie eine Vergütung für getätigte Ausgaben darstellt, bei entsprechendem Nachweis der Person zu leisten, die die Ausgabe getätigt hat.
- 3) Sind keine Personen wie der Ehegatte/die Ehegattin oder der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin, die leiblichen Kinder, die Wahlkinder, die Stiefkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister oder Personen, die für den Verstorbenen Ausgaben getätigt haben, festzustellen, so ist die Leistung von der MKF nicht auszuzahlen.
- 4) Soweit Ansprüche auf Geldleistungen für den Ehegatten/die Ehegattin oder den eingetragenen Partner/die eingetragene Partnerin der/die getrennt vom Mitglied lebt bzw. dessen Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde, bestehen, können diese Geldleistungen an den genannten Ehegatten (eingetragenen Partner) ausgezahlt werden, wenn dieser die Kosten getragen hat.

§ 27

Ersatzpflichten

- 1) Die Mitglieder und ihre Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) sind bei missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen bzw. bei zu Unrecht empfangenen Leistungen, und wenn Leistungen für nicht anspruchsberechtigte Personen verrechnet werden, unbeschadet einer allfälligen strafrechtlichen bzw. disziplinären Verfolgung, ersatzpflichtig.
- 2) Die Mitglieder und ihre Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) sind ferner für die Verletzung der Pflicht zur Geltendmachung eines Schadenersatzanspruches gemäß § 28 hinsichtlich der von der MKF vorschussweise erbrachten Leistungen ersatzpflichtig.
- 3) Das Recht auf Rückforderung von zu Unrecht entrichteten Leistungen verjährt nach drei Jahren, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zudem der MKF bekannt geworden ist, dass die Leistung missbräuchlich in Anspruch genommen bzw. zu Unrecht erbracht wurde.
- 4) Kosten, die der MKF zu erstatten sind, werden binnen vier Wochen nach Zustellung der Vorschreibung fällig.
- 5) Aushaftende Beträge sind nach den haushaltsrechtlichen Vorschriften der Stadt Linz einzumahnen. Wird der aushaftende Betrag trotz Einmahnung nicht entrichtet, so kann er durch Abzug von den Bezügen eingebracht werden.
- 6) In berücksichtigungswürdigen Fällen kann auf Antrag vom Kuratorium die Rückzahlung in Teilbeträgen gestattet werden, wenn das Mitglied einer Einhebung der Teilbeträge im Wege des Abzuges von den Bezügen zustimmt. Bei der Festsetzung der Teilbeträge sind die Einkommens- und Familienverhältnisse des Antragstellers zu berücksichtigen.
- 7) Werden die Kosten vom Mitglied nicht erstattet und können sie auch nicht durch Abzug von den Bezügen eingebracht werden, so sind sie auf eine andere geeignete Art einzubringen (z.B. Einbehalt von Forderungen gegen die MKF).
- 8) Das Recht auf Rückforderung nach Abs. 1 besteht im Fall des Todes des Anspruchsberechtigten nur gegenüber den im § 26 angeführten Personen, soweit sie eine Leistung bezogen haben.

§ 28

Schadenersatzansprüche

- 1) Das Mitglied oder der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) hat bei sonstigem Verlust der Ansprüche die MKF von jedem Unfall, bei dem das Mitglied oder der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) durch einen Dritten am Körper verletzt wurde unverzüglich zu informieren und der MKF alle Informationen zukommen zu lassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der MKF nötig sind. Dazu zählen insbesondere Angaben zu Person des Schädigers, zur Tragung des Verschuldens sowie zu jenen Maßnahmen, die das Mitglied bzw. der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) zur Durchsetzung seiner mit dem Unfall zusammenhängenden Interessen setzt.
- 2) Kann das Mitglied bzw. der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) bei einem Unfall, der nicht als Dienstunfall anzusehen ist (sonstiger Unfall) und eine Krankenbehandlung im Sinne der Satzung erfordert, einen Ersatz der Leistungen aufgrund anderer Rechtsvorschriften beanspruchen, so werden die Leistungen nach dieser Satzung zunächst nur vorschussweise erbracht.
- 3) Das Mitglied bzw. der Angehöriger (und dessen Gleichgestellter) hat den Schadenersatzanspruch geltend zu machen und der MKF die vorschussweise erbrachten Leistungen im Ausmaß des erhaltenen Schadenersatzes zu ersetzen.
- 4) Führt die außergerichtliche oder gerichtliche Geltendmachung des Schadenersatzanspruches nicht zum Erfolg, so entscheidet das Kuratorium über die weitere Vorgangsweise (Auftrag zur gerichtlichen Geltendmachung bzw. Abtretung des Schadenersatzanspruches an die MKF im Falle einer erfolglosen außergerichtlichen Geltendmachung).
- 5) Entscheidet das Kuratorium, dass das Mitglied bzw. der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) den Schadenersatzanspruch gerichtlich geltend machen muss und unterliegt es (er) im Prozess, so hat die MKF die auf die Geltendmachung des Schadenersatzanspruches, die MKF-Leistungen betreffend, entfallenden Prozesskosten zu ersetzen, wenn der Prozess entsprechend ihren Anweisungen geführt wurde.
- 6) Das Mitglied bzw. der Angehörige (und dessen Gleichgestellter) hat bei sonstigem Verlust der Ansprüche nach dieser Satzung die MKF von jedem Ereignis im Sinne des Abs. 1 unverzüglich zu informieren und ihr weiterhin alle Informationen zukommen zu lassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der MKF nötig sind.

V. Abschnitt

Aufbringung der Mittel, Verwaltung

§ 29

Aufbringung der Mittel

- 1) Zur Deckung des Aufwandes der MKF leisten deren Mitglieder Beiträge in der Höhe von 5,2 v. H. und die Stadt Linz Beiträge in der Höhe von 5,2 v. H. der Monatsbezüge und der für jedes Kalendervierteljahr gebührenden Sonderzahlungen der Mitglieder.
Unter Monatsbezügen sind alle im vorhinein festgesetzten Bezüge im Sinne des § 3 Abs. 2 OÖ. Landes-Gehaltsgesetz, des § 1 OÖ. Gemeinde-Bezügegesetz 1998, des § 165 des OÖ. Gemeinde-Dienstrechts- und Gehaltsgesetzes 2002 sowie die Ruhe- und Versorgungsbezüge, der Übergangsbeitrag und der Unterhaltsbezug, ausgenommen das Pflegegeld, zu verstehen.

- 2) Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet in den Fällen des § 7 Abs. 2 lit. a, c und d die letzte unmittelbar vor der Beurlaubung bestandene Beitragsgrundlage im Sinne des Abs. 1, in den Fällen des § 7 Abs. 2 lit. b der doppelte Betrag der monatlichen Ersatzleistung, auf die Anspruch besteht oder bestehen würde.
Im Falle der Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft gem. § 3 lit. a bei einer Außerdienststellung (§ 7 Abs. 1 lit. b i.V.m. Abs. 2 lit. d) gelten als Grundlage zur Bemessung der Beiträge die jeweiligen durch die Außerdienststellung entfallenen Bezüge im Sinne des Abs. 1. Im Falle der Mitgliedschaft gem. § 3 lit. f gelten als Grundlage zur Bemessung der Beiträge im Sinne des Abs. 1 jene Bezüge nach § 1 OÖ. Gemeinde-Bezügegesetz 1998 LGBl.Nr. 9/1998 idF LGBl.Nr. 92/2018, die bei einer weiteren Ausübung der jeweiligen Funktion als Stadtsenatsmitglied gebühren würden.
- 3) In den Fällen des § 7 Abs. 1 lit. b (Außerdienststellung für politische Mandatare) i.V.m. § 7 Abs. 2 lit. d ist vom Mitglied der Dienstnehmerbeitrag und von der Stadt der Dienstgeberbeitrag zu leisten. In den Fällen des § 7 Abs. 1 lit. a i.V.m. § 7 Abs. 2 lit. d und in den Fällen des § 7 Abs. 2 lit. a sind die Beiträge zur Gänze vom Mitglied, in den Fällen des § 7 Abs. 2 lit. b und c zur Gänze von der Stadt zu tragen.
- 4) Ein innerhalb eines Verwaltungsjahres eventuell anfallender Abgang im ordentlichen Haushalt auf dem Unterabschnitt "Magistratskrankenfürsorge" ist durch die Stadt Linz zu bedecken und bei der Erstellung des jeweiligen Rechnungsabschlusses anteilmäßig den im SN 1 ausgewiesenen Dienstgeberbeiträgen der einzelnen Dienststellen - einschließlich der Unternehmungen - hinzuzurechnen. Übersteigen die Einnahmen der MKF deren Ausgaben, so ist aus diesen Überschüssen eine Rücklage zu bilden und fruchtbringend anzulegen. Diese Rücklagen und deren Erträge dürfen nur für Zwecke der MKF verwendet werden.
- 5) Zur Deckung der Ausgaben für die Leistungen nach § 17 Abs. 6 (Sonderklasse-Differenzzahlungen für Ehegatten) ist vom Mitglied monatlich ein Beitragszuschlag zu entrichten, der im Gehalts- bzw. Pensionswege einbehalten wird:
- Die Höhe dieses Beitragszuschlages wird vom Kuratorium - nach dem Stand der diesbezüglichen Ausgaben - festgelegt.
 - Das Mitglied hat schriftlich zu erklären, ob es für den Ehegatten den Beitragszuschlag leistet. Auf die Differenzkosten-Leistung der MKF kann vom Mitglied jederzeit verzichtet werden (schriftliche Erklärung). Eine Refundierung von geleisteten Beiträgen erfolgt nicht.
 - Das Mitglied hat bei einem Eintritt des Ehegatten in ein Pflichtversicherungsverhältnis längstens jedoch binnen 3 Monaten ab diesem Zeitpunkt zu erklären, ob es für den Ehegatten den Beitragszuschlag leistet. Wird die Erklärung nicht innerhalb dieses Zeitraumes oder überhaupt keine Erklärung abgegeben (negative Absichtserklärung), so besteht kein Anspruch auf Leistung gemäß § 16 Abs. 5.
 - Der Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 5 entsteht mit dem Kalendermonat, für den das Mitglied erstmals einen Beitragszuschlag leistet.
 - Bei Abgabe einer negativen Absichtserklärung ist, wenn ein Pflichtversicherungsverhältnis zum Zeitpunkt der Abgabe bestand, ein späterer Beitritt grundsätzlich nicht möglich. Nur für den Fall, dass der Wechsel des Dienstgebers durch den Ehegatten mit einer Änderung in der Übernahme der Sonderklasse-Gebühren verbunden ist, kann binnen 3 Monaten ab dem Wechsel eine Erklärung über einen nachträglichen Eintritt abgegeben werden; lit. d gilt hier sinngemäß.
 - Im Falle einer Ehescheidung kann der monatliche Beitragszuschlag vom Mitglied für den/die geschiedene/n Ehepartner/Ehepartnerin weiterbezahlt werden. Dafür ist eine schriftliche Vereinbarung mit dem/der geschiedenen Ehepartner/in notwendig, die im Falle einer neuerlichen Eheschließung mit einem vom Mitglied verschiedenen Partner mit dem Tag der neuerlichen Eheschließung erlischt.
- 6) Der monatliche Beitrag für die Weiterversicherung nach § 20 beträgt 2 % des Gehaltes der Dienstklasse V der Gehaltsstufe 2 eines Beamten/einer Beamtin der allgemeinen Verwaltung.

§ 30

Aufgabenkreis der Abteilung MKF und Zahnstation

Der Abteilung MKF und Zahnstation obliegen die laufenden Geschäfte der MKF, besonders die Entscheidungen und Verfügungen in allen Angelegenheiten, deren Behandlung nicht ausdrücklich dem Kuratorium übertragen ist, und die Durchführung aller Beschlüsse des Kuratoriums gemäß den Bestimmungen dieser Satzung.

§ 31

Kuratorium

- 1) In das Kuratorium der MKF entsenden
 - a) die Landeshauptstadt Linz: Ein vom Bürgermeister/von der Bürgermeisterin zu bestimmendes Mitglied des Gemeinderates oder des Stadtsenates und drei Bedienstete als Mitglieder sowie einen Amtsarzt/eine Amtsärztin als beratendes Mitglied,
 - b) die Personalvertretung: Vier Mitglieder
- 2) Für jedes Mitglied des Kuratoriums ist außerdem ein Ersatzmitglied namhaft zu machen.
- 3) Die Funktionsdauer des /der entsendeten Gemeinderates/Gemeinderätin bzw. Mitglied des Stadtsenates deckt sich mit der Funktionsdauer des Gemeinderates. Die Funktionsdauer der entsendeten PersonalvertreterInnen deckt sich mit der Funktionsdauer der Personalvertretung.
- 4) Als Vorsitzender/Vorsitzende fungiert das vom Bürgermeister/von der Bürgermeisterin entsandte Gemeinderatsmitglied oder das Mitglied des Stadtsenates.
- 5) Das Kuratorium ist bei Anwesenheit von mindestens fünf Mitgliedern (StellvertreterInnen) beschlussfähig und entscheidet mit Stimmenmehrheit. Der/Die Vorsitzende stimmt mit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des/der Vorsitzenden.

§ 32

Aufgabenkreis des Kuratoriums

- 1) Dem Kuratorium obliegt
 - a) die Vorbereitung von Verträgen, die der Erfüllung von Verpflichtungen der MKF dienen, insbesondere von Verträgen mit den zuständigen Organisationen der Ärzte/Ärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Apotheker/Apothekerinnen und dergleichen sowie mit Rechtsträgern von Anstalten,
 - b) die Erlassung von Richtlinien und die Entscheidung in allen nach dieser Satzung dem Kuratorium vorbehaltenen Angelegenheiten,
 - c) die Erstattung von Vorschlägen über die Änderung der Satzung an den Stadtsenat,
 - d) die Verwaltung des Vermögens der MKF.
- 2) Das Kuratorium kann in Ausnahmefällen für nicht in dieser Satzung vorgesehene Leistungen Kostenbeiträge für das Mitglied bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen festsetzen. Es handelt sich hier um freiwillige Leistungen im Sinne des § 10 Z. 2, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Anhang

Richtlinien für die Gebrauchsdauer von Heilbehelfen und Hilfsmittel:

Apparate der oberen und unteren Extremitäten	5 Jahre
Augenprothesen	1 Jahr
Bauchmieder (Schwangerschaftsmieder)	2 Jahre
Brillenfassungen	2 ½ Jahre
Brillengläser und Kontaktlinsen bei gleichbleibender Sehstärke	2 ½ Jahre
Bruchbänder	2 Jahre
Brustprothesen	2 Jahre
Colostomiebandagen	1 Jahr
Elastische Binden und Gummistrümpfe	½ Jahr
Geräte des Rumpfes (orthopädische Mieder)	4 Jahre
Hörapparate	5 Jahre
Ober- und Unterarmprothesen	5 Jahre
Ober- und Unterschenkelprothesen	5 Jahre
Orthopädische Schuhe	1 ½ Jahre
Perücken	1 Jahr
Schuheinlagen	½ Jahr
Suspensorien	½ Jahr
Trachealkanülen	1 Jahr

II.

Diese Verordnung tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung im Amtsblatt der Landeshauptstadt Linz in Kraft.

Das zuständige Mitglied des Stadtsenates:

Regina Fechter e.h.
(Stadträtin)