

VERORDNUNGSBLATT II

DER LANDESHAUPTSTADT LINZ

GEMEINDEVERWALTUNG

Jahrgang 2025

Ausgegeben am 23. Dezember 2025

www.ris.bka.gv.at

Nr. 23. Verordnung: Verordnung des zuständigen Mitgliedes des Stadtsenates der Landeshauptstadt Linz mit der die Satzung der Krankenfürsorge für die Beamt*innen der Landeshauptstadt Linz erlassen wird (MKF Satzung 2025)

Verordnung des zuständigen Mitgliedes des Stadtsenates der Landeshauptstadt Linz mit der die Satzung der Krankenfürsorge für die Beamt*innen der Landeshauptstadt Linz erlassen wird (MKF Satzung 2025)

Auf Grund des § 87 Abs. 4 Oö. Statutargemeinden-Bedienstetengesetz 2002 (Oö. StGBG 2002),
LGBI. Nr. 50/2002, wird verordnet:

Inhaltsverzeichnis

I. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name und rechtliche Stellung

§ 2 Organe der MKF

II. Abschnitt

Mitgliedschaft und Anspruchsberechtigung

§ 3 Mitglieder

§ 4 Angehörige und diesen Gleichgestellte

§ 5 Beginn der Mitgliedschaft

§ 6 Erlöschen der Mitgliedschaft

§ 7 Ruhen der Mitgliedschaft

§ 8 Anspruchsberechtigung

§ 9 Melde- und Auskunftspflicht

III. Abschnitt

Leistungen und Vertrauensarzt*Vertrauensärztin

§ 10 Umfang der Leistungen

Ad Abs. 1: Pflichtleistungen

§ 11 Krankenhilfe

- § 12 Ärztliche und fachärztliche Hilfe
- § 13 Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen
- § 14 Zahnbehandlung und Zahnersatz
- § 15 Heilmittel
- § 16 Körperersatzstücke, Heil-, Seh- und Hörbehelfe
- § 17 Anstaltspflege
- § 18 Medizinische Hauskrankenpflege
- § 19 Leistungen bei Mutterschaft

Ad Abs. 2 Freiwillige Leistungen

- § 20 Weiterversicherung während der Schul- und Berufsausbildung
- § 21 Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- § 22 Fahrt- und Transportkosten, Begleitpersonen
- § 23 Vertrauensarzt*Vertrauensärztin
- § 24 Erweiterte Heilbehandlung

IV. Abschnitt

Vergütung, Zahlungsempfänger*in, Ersatz- und Abtretungspflichten

- § 25 Vergütung
- § 26 Zahlungsempfänger*in
- § 27 Ersatzpflichten
- § 28 Schadenersatzansprüche

V. Abschnitt

Aufbringung der Mittel, Verwaltung

- § 29 Aufbringung der Mittel
- § 30 Aufgabenkreis der Abteilung MKF und Zentrum für Zahngesundheit
- § 31 Kuratorium
- § 32 Aufgabenkreis des Kuratoriums
- § 33 ELGA, ELSY-System, e-card
- § 34 Inkrafttreten

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 eigene Rechtspersönlichkeit.

§ 2

Organe der MKF

(1) Die Geschäfte der MKF werden durch folgende Organe besorgt:

- a) die Abteilung Magistratskrankenfürsorge und Zentrum für Zahngesundheit des Geschäftsbereiches Personal und Zentrale Services,
- b) das Kuratorium.

(2) Der*die Abteilungsleiter*in der Abteilung Magistratskrankenfürsorge und Zentrum für Zahngesundheit ist in Bezug auf die Bearbeitung von personenbezogenen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) der Mitglieder 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, i.d.F. BGBl. I Nr. 120/2017, Nr. 70/2024) i.V.m. der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung)). Die Sachbearbeiter*innen der Abt. Magistratskrankenfürsorge und Zentrum für Zahngesundheit sind in Bezug auf die obgenannten Daten nur an die Weisungen des*der Abteilungsleiter*in der genannten Abteilung gebunden.

II. Abschnitt

Mitgliedschaft und Anspruchsberechtigung

§ 3

Mitglieder

Mitglieder der MKF sind:

- a) alle Beamt*innen 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) i.d.g.F. 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) i.d.g.F. angeführte Krankenfürsorgeeinrichtung zusteht,
- e) auf Antrag Personen, die aus einer in lit. b 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*die Ehegatt*in oder der*die eingetragene Partner*in,
- b) der*die frühere Ehegatt*in oder der*die frühere eingetragene Partner*in eines Mitgliedes, wenn und solange ihm*ihr das Mitglied als Folge einer Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe oder Nichtigerklärung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft Unterhalt in einem wesentlichen Ausmaß zu leisten hat,
- c) die eigenen Kinder und die Wahlkinder,
- d) die Stiefkinder und Enkel, wenn sie vom Mitglied überwiegend erhalten werden,
- e) die Pflegekinder, wenn sie vom Mitglied unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht.

Die unter lit. c angeführten Kinder jedoch nur, wenn sie gegenüber dem Mitglied unterhaltsberechtigt sind, die unter lit. d bis e 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 e 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. I Nr.

23/1999, genannte Einrichtung besuchen, wird nur so lange 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. 376/1967 i.d.F. BGBl. I Nr. 220/2021 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) sie seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in lit. a) genannten Zeitraumes

1. infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig oder
2. erwerbslos sind.

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

(3) Die Angehörigeneigenschaft besteht auch in jenen Fällen, in denen Angehörige infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind und sie aufgrund einer Hinterbliebenenpension oder -versorgung nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversichert sind oder für sie aufgrund dieser Versorgung seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge vorgesehen ist.

(4) Sind beide Elternteile Mitglieder, dann gelten Kinder aus geschiedenen Ehen (aufgehobenen, für nichtig erklärten Ehen) bzw. aufgelösten eingetragenen Partnerschaften als Angehörige jenes Elternteiles, in dessen Hausgemeinschaft sie ständig 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.

(5) Kommt eine mehrfache Angehörigeneigenschaft nach Abs. 1 in Betracht, so wird die Leistung nur einmal gewährt.

(6) Das Kuratorium kann darüber hinaus auch einer anderen 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.

(7) 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 Beamt*in,
- 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

(1) 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.

(2) Bei den im § 3 lit. b genannten Personen bleibt die Krankenfürsorge auch nach Beendigung der Mitgliedschaft begründenden Funktion für die Zeit weiterbestehen, für die auf Grund dieser Funktion eine Bezugsfortzahlung weiter gewährt wird.

§ 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 Monates nicht überschreitet,
- b) während des Karenzurlaubes nach dem Oö. MSchG, Oö. VKG, MSchG und VKG aus Anlass der Mutter- bzw. Vaterschaft, sofern Anspruch auf Leistungen nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG, BGBl. Teil I Nr.103/2001 i.d.g.F.) oder nach dem Oö. Karenzurlaubsgeldgesetz 2000 (Oö. KUG 2000, 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, mit Ausnahme der Fälle des § 6 Abs. 2, 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 (und der diesen 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 so weit, als ein Anspruch auf Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz besteht; bei Beamt*innen überdies während des Ruhens der Mitgliedschaft,
- b) bei Empfänger*innen 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 tagesklinische Behandlungen.

(4) Das Kuratorium kann Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) und Empfänger*innen 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, Kontodaten, Wohnadresse 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*innen 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.

(3) 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*Vertrauensärztin

§ 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 Abs.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 während der Schul- und Berufsausbildung (§ 20),
- d) medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (§ 21).

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

Ad Abs. 1: Pflichtleistungen

§ 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 (§12),

- b) der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen (§13),
- c) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§14),
- d) Heilmittel (§15),
- e) Körperersatzstücke, Heil-, Seh- und Hörbehelfe (§16),
- f) Anstaltspflege (§17),
- g) medizinische Hauskrankenpflege (§18).

§ 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 Krankenbesuch (Visite) darf nur gewährt werden, wenn das Mitglied (der*die Angehörige bzw. dessen*deren Gleichgestellte*r) 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. dem*der Angehörigen (und dessen*deren Gleichgestellten) freigestellt. Die Inanspruchnahme eines Facharztes*einer Fachärztin ist unmittelbar möglich. Bei notwendigen Krankenbesuchen (Visiten) wird eine Wegegebühr grundsätzlich nur bis zum*zur nächstgelegenen Arzt*Ärztin (Facharzt*Fachärztin) vergütet.

(3) Die gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer Ärzt*innen ist nur gestattet, wenn der*die behandelnde Arzt*Ärztin die Beiziehung eines*einer weiteren Arztes*Ärztin (Facharztes*Fachärztin) für notwendig erachtet.

(4) Bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung werden 90 % des Honorars vergütet, welches einem*einer Vertragsarzt*Vertragsärztin nach dem jeweils für Mitglieder der Oö. Ärztekammer geltenden Übereinkommen (Honorarordnung) zusteht.

(5) Zur Früherkennung von Krankheiten werden Vorsorgeuntersuchungen gewährt. Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen Richtlinien finden hier sinngemäß Anwendung. Der Vergütungssatz beträgt bei derartigen Untersuchungen 100 %. Dies gilt jedoch nicht für damit in Zusammenhang stehende Sonderuntersuchungen.

(6) Die Kosten von in öffentlichen Krankenhäusern ambulant erbrachten Leistungen, die inhaltlich einer ärztlichen bzw. fachärztlichen Hilfe gleichzusetzen sind, werden nach den Vorgaben der Verordnung der Oö. Landesregierung über die Ambulanzgebühren i.d.g.F. übernommen. Das Mitglied, seine Angehörigen bzw. deren Gleichgestellte haben bei Inanspruchnahme derartiger Behandlungen bzw. Untersuchungen an sich oder seinen Angehörigen bzw. dessen Gleichgestellten einen Selbstbehalt zu leisten, der jährlich im Kuratorium festgelegt wird.

(7) 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.

(8) 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.

(9) Für Behandlungen durch Personen, die nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften berechtigt sind (z.B. energetische Behandlungen, Kinesiologie, Osteopathie), wird keine Vergütung geleistet.

(10) Erfolgt die ärztliche Hilfe durch eine*n Arzt*Ärztin, der*die

- a) Ehegatt*in,
- b) Eingetragene*r Partner*in,
- c) Lebensgefährt*in,
- d) Kind oder Enkel oder
- e) Elternteil

des Mitgliedes bzw. des*der Angehörigen oder dessen*derer Gleichgestellten ist und mit diesem*dieser im gemeinsamen Haushalt lebt, werden Ordinationsleistungen nicht vergütet.

§ 13

Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

(1) Im Rahmen der Krankenhilfe ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. Eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a. physiotherapeutische,
 - b. logopädisch-phoniatrisch-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-phoniatrisch-audiologischen Dienstes bzw. des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind.

Eine Behandlung durch den*die Ergotherapeut*in zählt nur insoweit zur Krankenbehandlung, als es um die Reaktivierung der persönlichen Fähigkeiten des*der Patient*in geht, nicht etwa bloß um die Besorgung der Zurverfügungstellung von bestimmten Hilfsmitteln, die dem*der Patient*in die Handhabung eines Gerätes erleichtern.

2. Eine

- a. aufgrund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung oder
- b. klinisch-psychologische

Behandlung, wenn nachweislich vor der zweiten klinisch-psychologischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes im Sinne des § 63 Abs. 1 Z. 3 B-KUVG BGBl. Nr. 200/1967 i.d.F. BGBl. I Nr. 110/2024 eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F.) stattgefunden hat, durch eine*n klinische*n Psycholog*in gemäß § 25 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. I Nr. 182/2013 i.d.g.F., der*die zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt ist.

3. Eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 22 oder § 59 des Bundesgesetzes über die Ausübung der Psychotherapie, BGBl. I Nr. 49/2024 i.d.g.F. zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes im Sinne des § 63 Abs. 1 Z. 3 B-KUVG BGBl. Nr. 200/1967 i.d.F. BGBl. I Nr. 110/2024 eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F.) stattgefunden hat.

4. Eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines*einer Heilmasseur*in, der*die gemäß § 46 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, BGBl. I Nr. 169/2002 i.d.g.F., zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.

(2) Die Leistungen gemäß Absatz 1 werden mit Beträgen vergütet, die das Kuratorium generell festlegt.

(3) Die Bestimmungen der §§ 11 und 12 gelten sinngemäß.

§ 14

Zahnbehandlung und Zahnersatz

(1) Die Zahnbehandlung erfolgt im Zentrum für Zahngesundheit der Landeshauptstadt Linz oder durch eine*n Zahnarzt*Zahnärztin nach freier Wahl.

(2) Die Kosten für chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen werden bis zum Ausmaß von 90 % der mit der Landeszahnärztekammer 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*die Vertrauensarzt*Vertrauensärztin eine Notwendigkeit aus gesundheitlichen oder beruflichen Gründen bestätigt.

(3) Für den unentbehrlichen Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und 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 Österreich bzw. in der Hausapotheke eines*einer Arztes*Ärztin bezogen wird, gegen Erlag einer Rezeptgebühr gem. § 136 ASVG i.d.g.F. direkt mit der Pharmazeutischen Gehaltskasse in Wien verrechnet.

(2) Die Bestimmungen der §§ 30a Abs. 1 Z 15 und 136 ASVG i.d.g.F. gelten für die Höhe der Rezeptgebühren sinngemäß mit der Maßgabe, dass die MKF die 2 % Rezeptgebührendeckelung sowie die Rezeptgebührenbefreiung nur auf Antrag berücksichtigt.

(3) Für ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandstoffe und Heilbehelfe bestimmter Art (siehe Abs. 1), die in Apotheken (Hausapotheken) außerhalb Österreichs bezogen und vom*von der 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 Österreichs. In diesem Fall wird bei der Vergütung nur die Rezeptgebühr in Abzug gebracht.

(4) Auf die Beziehung von Arzneistoffen auf Rechnung der Krankenfürsorge für Beamte und Beamtinnen der Landeshauptstadt Linz sind die Abgabebestimmungen von Medikamenten für Versicherte der

O.Ö. Lehrer-Kranken und Unfallfürsorge

Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete

Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Gemeinden

Krankenfürsorge für Beamte der Landeshauptstadt Linz

Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Wels

Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Steyr i.d.g.F.

anzuwenden.

(5) 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*von der 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 in einem vom Kuratorium festgesetzten Ausmaß vergütet. Das Mitglied und seine Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) haben beim Bezug von Heilbehelfen einen Selbstbehalt bzw. einen Mindestkostenanteil zu leisten. Das Kuratorium ist ermächtigt, Höchstbeträge bei der Vergütung von Heilbehelfen festzulegen.

(3) Für Brillengläser und Kontaktlinsen werden 90 % der zwischen der Optikerinnung und den Oö. Krankenfürsorgen vereinbarten Tarife vergütet. Unabhängig von der Gebrauchsdauer (die Tragedauer wird

vom Kuratorium festgelegt) werden Brillengläser und Kontaktlinsen wieder vergütet, wenn sich die Sehkraft geändert hat. Brillenfassungen werden mit einem vom Kuratorium festgesetzten Höchstbetrag vergütet. Sonnengläser werden nicht 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.

(6) Notwendige Heilbehelfe und Heilmittel werden nur auf Grund ärztlicher Verschreibung gewährt (ausgenommen Nah-, Fern- und Bifocalbrillen). Im Allgemeinen ist vor ihrem Bezug die Genehmigung der Magistratskrankenfürsorge einzuholen.

(7) Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres kann die Gebrauchsdauer für Brillenfassungen und Brillengläser vom Kuratorium herabgesetzt werden.

§ 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 oder in einer Krankenanstalt, mit der ein Verrechnungs- und/oder Gebührenübereinkommen besteht, werden grundsätzlich die Kosten in der Allgemeinen Gebührenklasse dieser Anstalt vergütet. Wird die Anstaltspflege in einer höheren Gebührenklasse in Anspruch genommen, so werden 90 % der in Rechnung gestellten Kosten der Sonderklasse-Mehrbettzimmer dieser Anstalt vergütet. Zusätzlich ist ein Kostenbeitrag für stationäre Leistungen, der vom Kuratorium jährlich festzusetzen ist, zu entrichten.

(3) Der Aufenthalt auf dem Sonderklasse-Mehrbettzimmer ist auf 28 Tage pro ununterbrochenen 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.

(4) Für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr werden ausnahmslos nur die Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse vergütet. 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 genutzt wird.

(5) 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. 7). Die Höhe dieses Verpflegskostenbeitrags richtet sich nach dem in § 52 Abs. 1 und 4 Oö. KAG i.d.g.F. i.V.m. § 3 der Verordnung der Oö. Landesregierung über die Pflegegebühren für die öffentlichen Krankenanstalten Oberösterreichs und den valorisierten Kostenbeitrag festgesetzten Kostenbeitrag.

(6) Wird die Anstaltspflege in einer privaten Krankenanstalt in Anspruch genommen, werden deren Kosten bis zur Höhe von 90 % der entsprechenden Pflege- und Aufwandsgebühren der Sonderklasse (Mehrbettzimmer) der jeweiligen Anstalt vergütet. Die Begrenzung der Aufenthaltsdauer in Abs. 1 gilt sinngemäß.

(7) 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. 5 umschriebenen Höhe vergütet. Die Begrenzung der Aufenthaltsdauer in Abs. 3 gilt sinngemäß.

(8) Wenn ein*e Ehegatt*in oder ein*e eingetragene*r Partner*in, der*die gemäß § 4 Abs. 1 nicht als Angehörige*r gilt, Anstaltspflege in Anspruch nimmt, erhält er*sie eine Vergütung der von ihm*ihr endgültig zu tragenden Kosten in der Höhe der Differenz zwischen dem von seiner*ihrer Krankenversicherung oder Krankenfürsorgeeinrichtung geleisteten bzw. zu leistenden Betrag und der Vergütung, auf die er*sie gemäß den Abs. 1, 5 und 6 als Angehörige*r 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 in die Krankenfürsorge miteinbezogenen Ehegatt*innen, Lebensgefährte*innen und eingetragenen Partner*innen gleichfalls einen Beitragszuschlag gemäß § 29 Abs. 5 zu entrichten.

(9) Eine Vergütung für Anstaltspflege zur Durchführung einer Entwöhnungskur für Alkohol- und Drogen-abhängige wird höchstens für die Dauer von sechs Monaten gewährt. Über diese Höchstdauer hinaus kann eine Vergütung für eine Entwöhnungskur dann gewährt werden, wenn der*die Vertrauensarzt*Vertrauensärztin bestätigt, dass ein Erfolg der Entwöhnungskur nur bei einer Dauer von mehr als sechs Monaten möglich ist. Die Kosten einer neuerlichen Entwöhnungskur werden nur dann vergütet, wenn zwischen dem Ende der vorangegangenen und dem Beginn der neuerlichen Entwöhnungskur mindestens ein Jahr liegt. Für eine neuerliche Entwöhnungskur werden 90 % der Kosten der allgemeinen Gebührenklasse vergütet.

(10) Kein Anspruch auf Gewährung von Anstaltspflege besteht dann, wenn sie nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist.

(11) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für Kranke, die an chronischen Krankheiten leiden und die ungeachtet ihrer Unheilbarkeit ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Z. 4 des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997 i.d.g.F.). Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Z. 1 des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997 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 medizinischen 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 Krankenpflegepersonen kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfasst medizinische 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*der Vertrauensarztes*Vertrauensärztin der MKF weitergewährt.

(5) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt während einer Unterbringung in einer der im § 17 Abs. 11 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 Rechtsträger*innen 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 im Hebammengremium für Oberösterreich vereinbarten Tarifen vergütet. Die Vergütung für den Beistand durch diplomierte Kinderkrankenpfleger*innen wird durch das Kuratorium festgelegt.

(2) Die Leistungen der Krankenhilfe (§ 11).

(3) Bei Entbindungen in einer Krankenanstalt wird von der MKF der Hebammenbeistand dann vergütet, wenn er durch eine frei praktizierende Hebamme geleistet wird und in der betreffenden Anstalt

keine Anstaltshebamme vorhanden ist. Die Vergütung erfolgt in jenem Ausmaß, das für Anstaltshebammen vorgesehen ist.

Ad Abs. 2 Freiwillige Leistungen

§ 20

Weiterversicherung während der Schul- und Berufsausbildung

(1) Kinder und Enkel (§ 4 Abs. 1 lit. c bis e), 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 § 29 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 so weit wieder herzustellen, 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*der Vertrauensarztes*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 Mitgliedes bzw. der Angehörigen (bzw. deren Gleichgestellten).

(3) Die Vergütung und die Art der Verrechnung richtet sich nach der Leistungsart (Direktverrechnung, Kostenersatz mit Selbstbehalt udgl.). 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, Zahnarzt*Zahnärztin, Krankenhaus usw.) des Mitgliedes oder des*der Angehörigen (bzw. dessen*deren Gleichgestellten) notwendig sind.

Ausgenommen sind:

- a) die ersten 10 km jeder Fahrt,
- b) Fahrten anlässlich des Bezuges von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

(3) Wird im Sinne der freien Arzt*Ärztinnen-Wahl 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) Die 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*die Erkrankte aufgrund seines*ihrer 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 Gleichgestellte) haben bei den Transportkosten einen Mindestkostenanteil in der Höhe der jeweiligen Rezeptgebühr zu tragen. Das Mitglied und seine Angehörigen (und diesen Gleichgestellte) haben keinen Kostenanteil nach Abs. 7 zu entrichten, wenn

- a) eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Mitglieds und seiner Angehörigen (und diesen Gleichgestellten) 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*der 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 eine*n Dritte*n 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 auf das Bundesgebiet.

§ 23

Vertrauensarzt*Vertrauensärztin

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

(2) Die Notwendigkeit bzw. Zweckmäßigkeit von zahnärztlichen Leistungen beurteilt ausschließlich die ärztliche Leitung des Zentrums für Zahngesundheit.

§ 24

Erweiterte Heilbehandlung

(1) Die erweiterte Heilbehandlung ist eine freiwillige Leistung, die nach Feststellung der Notwendigkeit durch den*die Vertrauensarzt*Vertrauensärztin gewährt werden kann. Sie umfasst:

- a) den Kuraufenthalt in einem Kurort oder in einem Heilbad,
- b) den Genesungsaufenthalt für Rekonvaleszente nach schwerer Krankheit oder Operation,
- c) die Inanspruchnahme von ambulanten Kurmitteln (Schlammpackungen, medizinische Heilbäder aller Art, etc.)

und gilt auch für Kinder.

(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*der Vertrauensarztes*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*in, Ersatz- und Abtretungspflichten

§ 25

Vergütung

(1) Die Kosten für die ärztliche und fachärztliche Hilfe, für Zahnbehandlungen und Zahnersätze - ausgenommen die Leistungen im Zentrum für Zahngesundheit – sowie für Heilmittel und Heilbehelfe können der MKF sowohl bezahlt als auch unbezahlt zur Vergütung vorgelegt werden. Die Rechnungen sind unverzüglich, jedenfalls aber innerhalb von drei Monaten, zur Vergütung einzureichen. Darüber hinaus werden aber auch eingebrachte Rechnungen des laufenden Jahres als auch des jeweiligen Vorjahres vergütet. Eine Nachsicht von dieser Regelung ist nur möglich, wenn das Mitglied nachweist, dass ihm die Einhaltung der Frist ohne sein Verschulden nicht möglich war. In diesem Falle liegt die Grenze für die Einreichung von Rechnungen bei maximal 3 Jahren ab Behandlungsbeginn.

Die MKF kann jedoch Mitglieder von der Regelung der Vergütung unbezahlter Rechnungen ausschließen, wenn diese ihre Zahlungspflicht gegenüber der leistenden Stelle (Arzt*Ärztin, Labor udgl.) 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*in

(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. seiner anspruchsberechtigten Angehörigen (und deren 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*die Ehegatt*in oder der*die eingetragene Partner*in, die leiblichen Kinder, die Wahlkinder, die Stiefkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister oder Personen, die für den*die Verstorbene*n Ausgaben getätigt haben, festzustellen, so ist die Leistung von der MKF nicht auszusahlen.

(4) Soweit Ansprüche auf Geldleistungen für den*die Ehegatt*in oder den*die eingetragene*n Partner*in, der*die getrennt vom Mitglied lebt bzw. dessen*deren Ehe bzw. Partnerschaft geschieden bzw. aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde, bestehen, können diese Geldleistungen an den*die genannte*n Ehegatt*in bzw. eingetragene*n Partner*in ausgezahlt werden, wenn diese*r die Kosten getragen hat.

§ 27

Ersatzpflichten

(1) Die Mitglieder und ihre Angehörigen (und diesen Gleichgestellte) sind bei missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen bzw. bei zu Unrecht empfangenen Leistungen im Sinne von § 9 Abs. 3, 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 Gleichgestellte) 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 erbrachter Leistungen verjährt binnen drei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem 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*der Antragsteller*in 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*der Anspruchsberechtigten nur gegenüber den im § 26 angeführten Personen, soweit sie eine Leistung für den*die verstorbene*n Anspruchsberechtigte*n bezogen haben.

§ 28

Schadenersatzansprüche

(1) Das Mitglied oder der*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) hat bei sonstigem Verlust der Ansprüche die MKF von jedem Unfall, bei dem das Mitglied oder der*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) durch eine*n Dritte*n am Körper verletzt wurde unverzüglich in Kenntnis zu setzen und der MKF alle Informationen zukommen zu lassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der MKF nötig sind. Dazu zählen insbesondere Angaben zur Person des*der Schädiger*in, zur Verschuldensfrage sowie zu jenen Maßnahmen, die das Mitglied bzw. der*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) zur Durchsetzung seiner*ihrer mit dem Unfall zusammenhängenden Interessen setzt.

(2) Kann das Mitglied bzw. der*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) 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*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) 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*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) den Schadenersatzanspruch gerichtlich geltend zu machen hat und unterliegt es bzw. er*sie im Prozess (Straf- und/oder Zivilprozess), 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*die Angehörige (und dessen*deren Gleichgestellte*r) hat bei sonstigem Verlust der Ansprüche nach dieser Satzung die MKF von jedem Ereignis im Sinne des Abs. 1 unverzüglich in Kenntnis zu setzen 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

a) deren Mitglieder und die Stat Linz grundsätzlich jeweils Beiträge in der Höhe von 5,2 v.H. der Monatsbezüge und der für jedes Kalendervierteljahr gebührenden Sonderzahlungen der Mitglieder.

b) deren Mitglieder, die einen Ruhe- oder Versorgungsbezug von der Landeshauptstadt Linz beziehen, mit Ausnahme der Mitglieder, die eine Waisenversorgung von der Stadt Linz erhalten, sowie die Stadt Linz abweichend von lit. a jeweils Beiträge in der Höhe von 6 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 (LGBl. Nr. 8/1956 i.d.g.F.), des § 1 OÖ. Gemeinde-Bezügegesetz 1998 (LGBl. Nr. 9/1998 i.d.g.F.), des § 165 des OÖ. Gemeinde-Dienstrechts- und Gehaltsgesetzes 2002 (LGBl. Nr. 52/2002 i.d.g.F.) 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. e gelten als Grundlage zur Bemessung der Beiträge im Sinne des Abs. 1 jene Bezüge nach § 1 OÖ. Gemeinde-Bezügegesetz 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 Mandatar*innen) 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 am Ende eines Haushaltsjahres eventuell anfallendes negatives Nettoergebnis im Unterabschnitt „Kranken- und Unfallfürsorge“ im Fonds „Magistratskranken- und Unfallfürsorge“ ist durch die Stadt Linz im Zuge der Erstellung des jeweiligen Rechnungsabschlusses durch eine entsprechende Entnahme aus der zweckgebundenen Rücklage auszugleichen. Wenn die Rücklage vollständig verbraucht ist, hat die Stadt Linz darüber hinaus anfallende negative Nettoergebnisse zu tragen.

Übersteigen die Erträge der MKF deren Aufwendungen, so ist dieses positive Nettoergebnis der entsprechenden zweckgebundenen Rücklage zuzuführen und zinsbringend zu administrieren. Diese Rücklage und angefallene Zinserträge dürfen nur für Zwecke der MKF verwendet werden.

(5) Zur Deckung der Ausgaben für die Leistungen nach § 17 Abs. 8 (Sonderklasse-Differenzzahlungen) ist vom Mitglied monatlich ein Beitragszuschlag zu entrichten, der im Gehalts- bzw. Pensionswege einbehalten wird:

a) Der Beitragszuschlag ist jeweils zum 1.1. jeden Jahres anzupassen, wobei die Indexierung mit dem tatsächlichen, ungerundeten VPI aus dem den 1.1. vorangehenden November zu erfolgen hat. Der so berechnete Betrag ist dann entsprechend kaufmännisch (auf ganze Zahlen) auf- oder abzurunden.

b) Das Mitglied hat schriftlich zu erklären, ob es für die in § 17 Abs. 8 genannten Personen den Beitragszuschlag leistet. Auf die Differenzkosten-Leistung der MKF kann vom Mitglied jederzeit verzichtet werden (schriftliche Erklärung). Eine Refundierung von geleisteten Beiträgen erfolgt nicht.

c) Das Mitglied hat bei einem Eintritt des*der Ehegatt*in bzw. eingetragene*n Partner*in in ein Pflichtversicherungsverhältnis längstens jedoch binnen drei Monaten ab diesem Zeitpunkt zu erklären, ob es für den*die Ehegatt*in den Beitragszuschlag leistet. Wird die Erklärung nicht innerhalb dieses Zeitraumes oder überhaupt keine Erklärung abgegeben (negative Absichtserklärung), so besteht kein Anspruch auf Leistung gemäß § 17 Abs. 8.

d) Der Anspruch auf Leistungen nach § 17 Abs. 8 entsteht mit dem Kalendermonat, für den das Mitglied erstmals einen Beitragszuschlag leistet.

e) 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*die Ehegatt*in bzw. eingetragene*n Partner*in mit einer Änderung in der Übernahme der Sonderklasse-Gebühren verbunden ist, kann binnen drei Monaten ab dem Wechsel eine Erklärung über einen nachträglichen Eintritt abgegeben werden; lit. d gilt hier sinngemäß.

f) Im Falle einer Ehescheidung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft kann der monatliche Beitragszuschlag vom Mitglied für den*die geschiedene*n oder nicht mehr eingetragene*n (Ehe-)Partner*in weiterbezahlt werden. Dafür ist eine schriftliche Vereinbarung mit dem*der geschiedenen oder nicht mehr eingetragenen (Ehe-)Partner*in notwendig, die im Falle einer neuerlichen Eheschließung bzw. neuerlichen Eingehung einer eingetragenen Partnerschaft mit einem*einer vom Mitglied verschiedenen Partner*in mit dem Tag der neuerlichen Eheschließung oder Eingehung der eingetragenen Partnerschaft erlischt.

(6) Der monatliche Beitrag für die Weiterversicherung nach § 20 beträgt 2 % des Gehaltes der Dienstklasse V der Gehaltsstufe 2 eines*einer Beamt*in der allgemeinen Verwaltung.

§ 30

Aufgabenkreis der Abteilung MKF und Zentrum für Zahngesundheit

Der Abteilung Magistratskrankenfürsorge und Zentrum für Zahngesundheit 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 bzw. von der Bürgermeisterin zu bestimmendes Mitglied des Gemeinderates oder des Stadtsenates und drei Bedienstete als Mitglieder sowie einen*eine Amtsarzt*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 Personalvertreter*innen deckt sich mit der Funktionsdauer der Personalvertretung.

(4) Als Vorsitzende*r fungiert das vom*von der Bürgermeister*in entsandte Gemeinderatsmitglied oder das Mitglied des Stadtsenates.

(5) Das Kuratorium ist bei Anwesenheit von mindestens fünf Mitgliedern (Stellvertreter*innen) beschlussfähig und entscheidet mit Stimmenmehrheit. Der*die Vorsitzende stimmt mit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des*der Vorsitzenden.

(6) Der*die Vorsitzende kann anordnen, dass die Sitzung des Kuratoriums unter Verwendung technischer Einrichtungen zur Wort- und Bildübertragung in Form einer Videokonferenz durchgeführt wird. Die zugeschalteten Mitglieder gelten als anwesend und nehmen an der Abstimmung in der Weise teil,

dass sie ihre Stimme nach persönlichem Aufruf durch den*die Vorsitzende*n mündlich abgeben. Durch die einzelnen Teilnehmer*innen der Videokonferenz ist zu gewährleisten, dass die Nichtöffentlichkeit der Sitzung gewahrt ist.

(7) In dringenden Fällen kann der*die Vorsitzende anordnen, dass eine Beschlussfassung auf schriftlichem Weg erfolgt (Umlaufbeschluss). Dazu ist der Antrag von dem*der Vorsitzenden unter Setzung einer angemessenen Frist für die schriftliche Stimmabgabe an alle Mitglieder des Kuratoriums zu übermitteln. Die Möglichkeit der Konsultation des beratenden Mitglieds durch die stimmberechtigten Mitglieder innerhalb der für die Stimmabgabe gesetzten Frist ist sicherzustellen. Zur Beschlussfassung bedarf es der Stimmenmehrheit aller Mitglieder. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des*der Vorsitzenden. Das Ergebnis der Beschlussfassung ist vom*von der Vorsitzenden unmittelbar nach der Feststellung des Ergebnisses zu dokumentieren und allen übrigen Mitgliedern mitzuteilen.

§ 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 Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Apotheker*innen und dergleichen sowie mit Rechtsträger*innen 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 Abs. 2, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

§ 33

ELGA, ELSY-System, e-card

(1) Das Kuratorium der MKF kann die Teilnahme der MKF im Rahmen des ELSY-Systems der Sozialversicherungsträger zur Nutzung des e-card-Systems des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger (§ 31a ASVG) und der vom Dachverband betrauten Gesellschaften beschließen und die entsprechenden Nutzungsverträge zwischen MKF und Dachverband bzw. der o.g. Gesellschaften genehmigen.

(2) Im Fall eines Beschlusses nach Abs. 1 nutzt die MKF im Rahmen des vom Dachverband der Sozialversicherungsträger verwendeten elektronischen Verwaltungssystems ELSY die e-card für die Mitglieder und die Angehörigen sowie diesen Gleichgestellten, soweit sie noch über keine e-card für Leistungen der Krankenfürsorge verfügen und stellt letzteren die e-card – soweit im System des Dachverbandes vorgesehen – als Zugangsmöglichkeit zur „elektronischen Gesundheitsakte“ (ELGA) im Sinn des Gesundheitstelematikgesetzes zur Verfügung.

(3) Die MKF bedient sich im Fall des Abs. 1 des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger und der von diesem beauftragten Gesellschaften als Auftragsverarbeiterin im Sinn der DSGVO und schließt die erforderlichen Vereinbarungen über die Nutzung sowie über die Höhe der Kostenersätze an den Dachverband bzw. die o.g. Gesellschaften ab.

(4) Das Aussehen, der Inhalt, die Ausgabe, der Bezieher*innenkreis, der Austausch, die Sperre und die Einziehung der e-card sowie der Umfang der auf der e-card gespeicherten Datensätze und die Änderung derselben, sowie die Rechte und Pflichten der Karteninhaber*innen bestimmen sich nach bundesrechtlichen Vorgaben und nach dem Inhalt der Vereinbarungen nach Abs. 1 und 3.

(5) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Regelungen nach Abs. 4 einzuhalten.

(6) Die Mitglieder sind nach Ende ihrer eigenen Mitgliedschaft oder der ihrer Angehörigen (bzw. deren Gleichgestellten) bzw. nach Ende der Leistungszuständigkeit der MKF verpflichtet, die e-card im niedergelassenen Bereich der Gesundheitsdienstleister*innen (Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen, Apotheker*innen, etc.) nur in einer solchen Weise zu verwenden, dass redliche Gesundheitsdienstleister*innen nicht von einer aufrechten Mitgliedschaft bzw. Leistungszuständigkeit der MKF ausgehen müssen.

§ 34

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Verordnungsblatt II der Landeshauptstadt Linz in Kraft. Abweichend davon tritt § 29 Abs. 1 lit. b mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.

(2) Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Verordnung des zuständigen Mitgliedes des Stadtsenates der Landeshauptstadt Linz vom 26. November 2019 betreffend die Neuerlassung der Satzung der Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz (Magistratskrankenfürsorge – MKF), kundgemacht im Amtsblatt der Landeshauptstadt Linz Nr. 23 vom 2. Dezember 2019 außer Kraft.

Das zuständige Mitglied des Stadtsenates

Merima Zukan
Vizebürgermeisterin
(elektronisch beurkundet)

Anlage
Richtlinien für die Gebrauchsdauer von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Anlage 1

Richtlinien für die Gebrauchsdauer von Heilbehelfen und Hilfsmitteln:

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
Suspensoren	½ Jahr
Trachealkanülen	1 Jahr