

Verordnung der Verwaltungskommission der Kranken- und Unfallfürsorge der Landeslehrer vom **14. Jänner 2025** über den Kostenersatz und die Höchstgrenzen für Leistungen nach dem Beamten- und Lehrer- Kranken- und Unfallfürsorgegesetz (Landeslehrer-Krankenfürsorgeordnung)

Auf Grund der §§ 9 Abs. 3, 13 Abs. 1, 18 Abs. 2 und 3 und 46 Abs. 3 des Beamten- und Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorgegesetzes 1998 (BLKUFG 1998), LGBl. Nr. 97, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 39/2024 wird verordnet:

1. Abschnitt

Anwendungsbereich, Kostenersatz

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die nach den §§ 1 und 24 BLKUFG 1998 Anspruchsberechtigten haben, soweit das Ausmaß des Kostenersatzes nicht bereits in diesem Gesetz festgelegt oder ein solcher ausgeschlossen ist, für sich und ihre Angehörigen nach Maßgabe dieser Verordnung Anspruch auf Kostenersatz für Leistungen nach dem BLKUFG 1998.
- (2) Abweichend von Abs. 1 können Angehörige nach § 2 BLKUFG 1998 für sich selbst einen Anspruch auf Kostenersatz für Leistungen nach dem § 2 BLKUFG 1998 geltend machen, wenn es für sie eine besondere Härte bedeuten würde, die Ansprüche im Wege durch den Anspruchsberechtigten geltend zu machen.

§ 2

Leistungen

- (1) Soweit im Abs. 2 oder im § 4 nichts anderes bestimmt ist, müssen Leistungen von einem Arzt oder auf Grund einer ärztlichen Verschreibung von einem nach den bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zur Ausübung der entsprechenden Tätigkeit Berechtigten vorgenommen oder bezogen werden.

- (2) Abs. 1 gilt nicht für
- a) den Beistand durch Hebammen;
 - b) notwendige Fahrten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungs- oder Elternberatungsstelle;
 - c) Reisekosten im Zusammenhang mit Sonderleistungen;
 - d) notwendige Transporte von Müttern und für Krankentransporte in Notfällen.

§ 3

Höhe des Kostenersatzes, Kostennachweis

- (1) Die Höhe des Kostenersatzes hat die Dringlichkeit der Leistung, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie die Vergleichbarkeit mit anderen Leistungen nach dieser Verordnung angemessen zu berücksichtigen. Er beträgt, sofern für die einzelnen Arten von Leistungen in der Anlage eine Höchstgrenze festgelegt und in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, 90 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 90 v. H. des Tarifbetrages.

Davon abweichend kann durch die Verwaltungskommission ein Kostenersatz von 100 v. H. festgelegt werden

- a) in Fällen, in denen Leistungen über einen von Sozialversicherungsträgern gespeisten Pool abgerechnet werden,
- b) bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Rezeptgebührenbefreiung und
- c) für anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten.

Ist für einzelne Leistungen keine Höchstgrenze festgelegt, so hat die Verwaltungskommission unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände die Höhe des Kostenersatzes festzulegen.

- (2) Der Kostenersatz für im Inland bezogene Heilmittel errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Kassenpreis und der Rezeptgebühr. Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung der Kranken- und Unfallfürsorge bezogene Heilmittel ist, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 7,10 Euro zu zahlen. An Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 136 Abs. 3 ASVG in der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1 ASVG) vervielfachte Betrag. Der vervielfachte Betrag ist auf fünf Cent zu runden. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

Kein Kostenersatz wird geleistet, wenn der Kassenpreis unter der Rezeptgebühr liegt.

Die Verwaltungskommission kann unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände das Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der Anspruchsberechtigten feststellen und von der Einhebung der Rezeptgebühr absehen.

- (3) Die Verwaltungskommission erstattet monatlich einen Anteil von 2 Euro pro bezahlter Rezeptgebühr an den Anspruchsberechtigten zurück.
- (4) Der Kostenersatz für im Ausland bezogene Heilmittel, sofern dafür in Österreich eine Rezeptgebühr verrechnet würde, berechnet sich aus dem Apothekenverkaufspreis, abzüglich der inländischen Rezeptgebühr, zuzüglich des Rückerstattungsbetrages nach Abs. 3. Kein Kostenersatz wird geleistet, wenn der Apothekenverkaufspreis unter der Rezeptgebühr liegt.
- (5) Der sich aus dem Abs. 1 zweiter Satz ergebende Differenzbetrag zwischen dem in der Anlage enthaltenen Tarif und der Höhe des Kostenersatzes oder zwischen den nachgewiesenen Kosten und der Höhe des Kostenersatzes, ist vom Anspruchsberechtigten als Kostenanteil zu leisten.
- (6) Die Abgabe von „Sonstigen Mitteln“ nach Anlage II sowie von „Heilbehelfen und Hilfsmitteln“ nach Anlage III des Apothekergesamtvertrages, AVSV Nr. 77/2010, zuletzt geändert durch Nr. 131/2019, auf Rechnung der Kranken- und Unfallfürsorge richtet sich grundsätzlich nach den bundesweiten Expeditionsbestimmungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Der einzuhebende Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel unter Berücksichtigung des jeweils gültigen allfälligen Mindestkostenanteils beträgt für Versicherte der Kranken- und Unfallfürsorge 10 v. H. des Kassenpreises. Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sind vom Kostenanteil befreit.
- (7) Die Höhe des Kostenersatzes für ärztliche Hilfe, soweit diese nicht tagesklinisch oder stationär erbracht wird und soweit es sich nicht um zahnärztliche Hilfe handelt, beträgt 95 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 95 v. H. des Tarifbetrages.
- (8) Die Höhe des Kostenersatzes für
 - a) ergotherapeutische und logopädische Behandlungen,
 - b) psychotherapeutische und klinisch-psychologische Behandlungen,
 - c) Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung (§ 11 Abs. 2 lit. a BLKUFG 1988) für anspruchsberechtigte Angehörige gemäß § 2 Abs. 1 lit. c bis f BLKUFG 1998 bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie

d) Kieferregulierungen (Abschnitt V des Tarifes für zahnheilkundliche Verrichtungen für die Kranken- und Unfallfürsorgen)

beträgt 100 v.H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v.H. des Tarifbetrages.

- (9) Die Höhe des Kostenersatzes für Leistungen im Zusammenhang mit Dienstunfällen oder Berufskrankheiten beträgt 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v. H. des Tarifbetrages, soweit die Verwaltungskommission nach § 61 Abs. 3 lit. b BLKUFG 1998 nichts anderes feststellt. Ist für einzelne Leistungen keine Höchstgrenze festgelegt, so gilt Abs. 1 letzter Satz.
- (10) Bei der Höhe des Kostenersatzes nach dieser Verordnung ist die Umsatzsteuer einzurechnen. Ebenso ist der Vorsteuerausgleichszuschlag nach § 3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes, BGBl. Nr. 746/1996, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 40/2014, einzurechnen, soweit der Erbringer der Leistung einen Vertrag im Sinn des genannten Gesetzes mit der Kranken- und Unfallfürsorge abgeschlossen hat.
- (11) Erbrachte Leistungen sind durch einen Kostennachweis zu belegen, aus dem sich die Art und das Ausmaß der Leistungen und deren Bezahlung ergeben. Kostennachweise sind saldierte Honorarnoten oder Rechnungen und Einzahlungsbelege. Als Einzahlungsbelege gelten auch Bestätigungen über die Einzahlung mittels Telebanking und Bestätigungen über die Übergabe von Zahlscheinen in Selbstbedienungs-Boxen.

§ 3 a

Leistungen für Angehörige mit einer eigenen Krankenversicherung
oder eigenen Anspruchsberechtigung nach einer
Krankenfürsorgeeinrichtung

- (1) Der Kostenersatz für Angehörige mit einer eigenen Krankenversicherung oder eigenen Anspruchsberechtigung nach einer Krankenfürsorgeeinrichtung umfasst die Anstaltspflege für einen stationären oder tagesklinischen Aufenthalt in der Sonderklasse eines öffentlichen Krankenhauses oder eines Sanatoriums. Nicht umfasst sind ambulante Behandlungen in einem Krankenhaus oder Sanatorium.
- (2) Darüber hinaus gebührt für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

- a) die Kieferregulierung, das sind alle Leistungen des Abschnittes V.
(Regulierungen) des Tarifes für zahnheilkundliche Verrichtungen und
- b) die Versorgung mit Sehbehelfen nach § 9.

§ 4

Leistungen in anderen Bundesländern und im Ausland

- (1) Soweit in den Abs. 2 bis 7 nichts anderes bestimmt ist, werden die Kosten für Leistungen in anderen Bundesländern und im Ausland so vergütet, als wären sie in Tirol erbracht worden. Für den stationären Bereich gilt dabei der in der Anlage festgelegte Tagsatz für Sanatoriumsaufenthalte, sofern keine Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenanstaltenträgern bestehen.
- (2) Die Kosten für eine Krankenbehandlung in einem Mitgliedsstaat des EU- bzw. EWR-Vertrages oder in einem Staat mit dem eine Vereinbarung über Soziale Sicherheit besteht, werden bei Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte „EKVK“ oder eines Auslandsbetreuungsscheines zu 100 v. H. ersetzt. Dies gilt sinngemäß auch für die im Rahmen notwendiger zahnärztlicher Hilfe erbrachten konservierenden Leistungen.
- (3) Die Kosten für eine Krankenbehandlung in einer allgemeinen Ambulanz einer öffentlichen Krankenanstalt in einem anderen Bundesland wegen einer dort akut aufgetretenen Erkrankung oder eines dort erlittenen Unfalles werden zu 100 v. H. ersetzt.
- (4) Die Kosten für einen stationären Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt in einem anderen Bundesland, die
 - a) wegen einer dort akut aufgetretenen Erkrankung oder eines dort erlittenen Unfalles notwendig sind, oder
 - b) auf Grund einer Überweisung einer öffentlichen Krankenanstalt im Sinne des § 22 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes, LGBl. Nr. 5/1958, in der jeweils geltenden Fassung, erfolgt, sofern eine Behandlung im Bundesland Tirol nicht möglich ist, oder
 - c) bei besonderer Dringlichkeit auf Grund einer entsprechend begründeten Überweisung durch einen Facharzt erfolgt, sofern eine Behandlung im Bundesland Tirol nicht möglich ist,werden zu 100 v.H. ersetzt.

- (5) Die Kosten für einen stationären Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse einer Vertragskrankenanstalt in einem Mitgliedsstaat des EU- bzw. EWR-Vertrages oder in einem Staat mit dem eine Vereinbarung über Soziale Sicherheit besteht, die
- a) wegen einer dort akut aufgetretenen Erkrankung oder eines dort erlittenen Unfalles entstanden sind, oder
 - b) auf Grund einer Überweisung einer öffentlichen Krankenanstalt im Sinne des § 22 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes, LGBl. Nr. 5/1958, in der jeweils geltenden Fassung, erfolgt,
- werden bei Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte „EKVK“ oder eines Auslandsbetreuungsscheines zu 100 v. H. ersetzt.
- (6) Haben Anspruchsberechtigte oder deren Angehörige ihren Hauptwohnsitz in einem anderen Bundesland, so werden die Kosten
- a) für eine dort geleistete Krankenbehandlung in der allgemeinen Ambulanz einer öffentlichen Krankenanstalt sowie
 - b) für einen dort in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt verbrachten stationären Aufenthalt
- zu 100 v. H. ersetzt.
- (7) Haben Anspruchsberechtigte oder deren Angehörige ihren Hauptwohnsitz in einem Mitgliedsstaat des EU- bzw. EWR-Vertrages oder in einem Staat mit dem eine Vereinbarung über Soziale Sicherheit besteht, so werden die Kosten
- a) für eine in diesem Staat geleistete Krankenbehandlung in der allgemeinen Ambulanz einer öffentlichen Krankenanstalt sowie
 - b) bei Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte „EKVK“ oder eines Auslandsbetreuungsscheines für einen in diesem Staat in der allgemeinen Gebührenklasse einer Vertragskrankenanstalt verbrachten stationären Aufenthalt
- zu 100 v. H. ersetzt.

§ 5

Außerordentliche Unterstützungen

- (1) In Fällen besonderer Härte

- a) können außerordentliche Unterstützungen zuerkannt werden, deren Höhe zuzüglich der geleisteten Kostenersätze die dem Anspruchsberechtigten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen darf,
 - b) kann ungeachtet der lit. a) die für Heilbehelfe (§ 8) festgesetzte Gebrauchsdauer verkürzt werden oder
 - c) können Vorschüsse auf Kostenersätze gewährt werden, deren Höhe die voraussichtlich zu leistenden Kostenersätze nicht übersteigen darf.
- (2) Bei der Beurteilung, ob eine besondere Härte vorliegt und in welchem Ausmaß eine Unterstützung gewährt wird, sind die Dringlichkeit des Aufwandes und die wirtschaftlichen Verhältnisse des Unterstützungswerbers angemessen zu berücksichtigen.

2. Abschnitt Heilbehandlung

§ 6 Ärztliche Hilfe

- (1) Der Kostenersatz für die Leistung ärztlicher Hilfe darf nicht im Widerspruch zu den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit stehen. Wird ärztliche Hilfe außerhalb von Ordinations- oder Ambulanzzeiten geleistet, so wird ein Kostenersatz für Tarifizuschläge nur im Falle besonderer Dringlichkeit gewährt.
- (2) Kostenersatz wird nicht geleistet für
- a) ärztliche Hilfe, die
 1. nicht am Erkrankten unmittelbar geleistet wird;
 2. von einem Anspruchsberechtigten sich selbst oder einem seiner Angehörigen geleistet wird;
 3. von einem Angehörigen sich selbst, am Anspruchsberechtigten oder einem weiteren Angehörigen geleistet wird;
 4. nach sanitätsrechtlichen Vorschriften oder für die Dienst- bzw. Schulbehörde oder für sonstige amtliche Zwecke geleistet wird, soweit die Kosten von Amts wegen zu tragen sind;
 - b) ärztliche Bescheinigungen, Zeugnisse oder Gutachten, es sei denn, dass die Verwaltungskommission deren Vorlage verlangt.

- (3) Die Leistung ärztlicher Hilfe ist durch eine Honorarnote oder durch eine sonstige geeignete Urkunde nachzuweisen. Diese muss die Diagnose, das Datum oder den Zeitraum der Behandlung sowie die Zahl und die Art der ärztlichen Leistungen enthalten.
- (4) Der Ausschluss des Kostenersatzes für die ärztliche Hilfe nach Abs. 2 lit. a Z. 2 und 3 gilt nicht für den nachgewiesenen Sachaufwand.

§ 7

Heilmittel

- (1) Der Kostenersatz für den Bezug von Heilmitteln darf nicht im Widerspruch zu den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit stehen. Kostenersatz wird jedenfalls gewährt, wenn die Verschreibung nach den Richtlinien des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln erfolgt.
- (2) Kostenersatz wird jedenfalls für Heilmittel geleistet, die im Erstattungskodex des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungen („green, yellow und red Box“) enthalten sind.
- (3) Für Heilmittel, die nicht im Erstattungskodex des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger enthalten sind, wird ein Kostenersatz ausschließlich bei vertrauensärztlicher Bewilligung gewährt.
- (4) Soweit keine Rezeptgebühr vorgesehen ist, werden „Sonstige Mittel“ nach Anlage II sowie „Heilbehelfe und Hilfsmittel“ nach Anlage III des Apothekergesamtvertrages, AVSV Nr. 77/2010, zuletzt geändert durch Nr. 131/2019, nach Maßgabe des § 3 Abs. 1 1. Satz ersetzt. Für sonstige Mittel sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel, die mit dem Vermerk „nicht kassenzulässig“ versehen sind, erfolgt ein Kostenersatz ausschließlich bei vertrauensärztlicher Bewilligung. Die Grundlage für die Gewährung des Kostenersatzes bildet der Kassenpreis, soweit ein solcher nicht existiert, der Apothekenverkaufspreis.
- (5) Bundes- und landesweite Impfprogramme und –aktionen werden zu den gleichen Bedingungen übernommen. Kein Kostenersatz wird für Impfungen geleistet, die im Rahmen von Gratisimpfprogrammen angeboten werden.
- (6) Für Impfungen die laut Impfplan Österreich empfohlen werden, wird Kostenersatz nach Maßgabe des § 3 Abs. 1 1. und 2. Satz geleistet.

§ 8

Heilbehelfe

- (1) Die Mindestgebrauchsdauer beträgt, soweit im § 43 Abs. 3 BLKUFG 1998 nichts anderes bestimmt ist, für

Arm- oder Beinprothesen	fünf Jahre
Augenprothesen	ein Jahr
Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte	fünf Jahre
Brustprothesen	ein Jahr
Hörapparate	fünf Jahre
Implantate	zehn Jahre
Inhalationsgeräte	fünf Jahre
Kompressionsstrümpfe (Stütz- und Gummistrümpfe)	drei Monate
Kontaktlinsen (weich)	ein Jahr
Lichtschutz	zwei Jahre
Orthopädische Schuhe, Einlagen und sonstige orthopädische Heilbehelfe	sechs Monate
Perücken	ein Jahr
Sehbehelfe, sofern sich die Sehkraft nicht wenigstens um 0,5 Dioptrien ändert	zwei Jahre
Zahnprothesen	fünf Jahre

- (2) Die Mindestgebrauchsdauer für Sehbehelfe nach Abs. 1 Z. 1 und 2 beträgt für Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sechs Monate.
- (3) Für Heilbehelfe, für die im Abs. 1 keine Mindestgebrauchsdauer festgelegt ist, wird Kostenersatz unter Bedachtnahme auf die Art des Heilbehelfes und auf die Abnutzung bei ordnungsgemäßigem Gebrauch geleistet.
- (4) Für die Anschaffung und Anmietung von Heilbehelfen, die von der Krankenfürsorge leihweise zur Verfügung gestellt werden können, gebührt kein Kostenersatz. Hievon ausgenommen ist die Anschaffung akut notwendiger Heilbehelfe. Entliehene Heilbehelfe sind ordnungsgemäßig zu behandeln und im Falle ihrer Entbehrlichkeit unverzüglich der Krankenfürsorge zurückzustellen.
- (5) Die Kosten der Anmietung von Heilbehelfen werden, soweit in Abs. 4 nichts anderes bestimmt ist, zu 100 v. H. ersetzt.
- (6) Bei Verlust des Heilbehelfes innerhalb der Mindestgebrauchsdauer wird für die Neuanschaffung ein einmaliger Kostenersatz in der Höhe von 90 v. H. des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch 50 v. H. des Tarifes, gewährt.

Bei Beschädigung eines Heilbehelfes innerhalb der Mindestgebrauchsdauer wird für die Instandsetzung ein Kostenersatz in der Höhe von 90 v. H. des Rechnungsbetrages bis insgesamt höchstens 50 v. H. des Tarifes gewährt.

In medizinisch oder sozial begründeten Fällen kann bei einer Neuanschaffung innerhalb der Gebrauchsdauer ein Kostenersatz bis zu 90 v. H. des Tarifes gewährt werden.

- (7) Für Heilbehelfe, die in einem anderen Bundesland oder im Ausland bezogen werden, wird Kostenersatz in Höhe von 90 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 90 v. H. des Tarifbetrages, geleistet.
- (8) Heilbehelfe, die wiederholt verwendet werden können, wie Rollstühle, Pflegebetten, Badelifter u. ä. sind ab dem Zeitpunkt, ab dem sie vom Anspruchsberechtigten oder dessen anspruchsberechtigten Angehörigen nicht mehr verwendet bzw. benötigt werden, umgehend an die Krankenfürsorge zu retournieren.
- (9) Der Höchstattarif für Heilbehelfe beträgt 100 v. H. des Gehaltes eines Landesbeamten der Dienstklasse V, Gehaltsstufe 2. In medizinisch oder sozial begründeten Fällen kann die Verwaltungskommission einen höheren Kostenersatz gewähren.

§ 9

Sehbehelfe

- (1) Kostenersatz wird entweder für optische Brillen oder für Kontaktlinsen geleistet. Personen mit einer Minderung der Sehkraft von mindestens 5 Dioptrien oder mit einer Differenz der Sehkraft zwischen beiden Augen von mindestens 2,5 Dioptrien gebührt Kostenersatz für beide Sehbehelfe.
- (2) Bei optischen Sehbehelfen wird Kostenersatz für den ersten Sehbehelf in Höhe von 90 v. H. des Tarifes geleistet.

Als erster Sehbehelf gelten:

- a) ein Fernbehelf und ein Nahbehelf, oder ein Gleitsichtbehelf.
 - b) Wird zu einem Fern- oder Nahbehelf ein Gleitsichtbehelf oder zu einem Gleitsichtbehelf ein Fern- oder Nahbehelf bezogen, so gebührt für diesen weiteren Sehbehelf innerhalb der Mindestgebrauchsdauer ein einmaliger Kostenersatz in der Höhe von 90 v. H. des Rechnungsbetrages bis höchstens 50 v. H. des Tarifes.
- (3) Kostenersatz für einen Lichtschutz wird bei folgenden Erkrankungen geleistet:
 - a) umschriebene Transparenzverluste im Bereich der brechenden Medien (Glaskörpertrübung, Hornhautnarben, Cataract);

- b) krankhafte, andauernde Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzende Substanzverluste der Iris, insbesondere Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse;
- c) chronisch-rezidivierende Reizzustände der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die durch Heilmittel nicht behebbar sind, insbesondere Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis;
- d) chronische, therapieresistente (allergische), auffallende Bindehautentzündung;
- e) entstellende Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung und Behinderung der Tränenabfuhr, insbesondere Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug;
- f) Ciliarneuralgie;
- g) entzündliche oder degenerative Erkrankungen der Netzhaut-Aderhaut oder der Sehnerven, die zur Blendung führen;
- h) totale Farbblindheit;
- i) Albinismus;
- j) Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit;
- k) intrakranielle Erkrankungen, bei denen erfahrungsgemäß eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht, z.B. bei Verletzungen des Gehirns, Gehirntumoren.

§ 10

Kieferregulierung

Zur Beurteilung der Notwendigkeit einer Kieferregulierung ist vor dem Beginn der Behandlung ein Nachweis in Form eines Heil- und Kostenplanes zu erbringen.

§ 11

Anstaltspflege

- (1) Die Kosten für die Pflege in einer Krankenanstalt und für den Aufenthalt einer Begleitperson werden, soweit im § 45 Abs. 2 BLKUFG 1998 nichts anderes bestimmt ist, in der Höhe von 100 v.H. der Kosten der allgemeinen Gebührenklasse ersetzt. Ein darüber hinausgehender Kostenersatz richtet sich nach den in der Anlage enthaltenen Tarifen, soweit § 3a nichts anderes bestimmt.
- (2) Für eine Begleitperson, die außerhalb einer Krankenanstalt nächtigen muss, werden 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch die für den Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt zu entrichtenden Kosten ersetzt.

- (3) Kostenersatz für den Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse in einer Entwöhnungsanstalt für Alkohol- oder Suchtgiftkranke wird in der Höhe von 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten gewährt, wenn eine hinreichende Aussicht auf Heilung besteht.
- (4) Die Kosten für den Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum werden in der Höhe der Tarife der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ersetzt, wenn die Überweisung durch eine öffentliche Krankenanstalt erfolgt. Derselbe Kostenersatz wird gewährt, wenn eine entsprechend begründete Überweisung durch einen Facharzt im Anschluss an eine akute schwere Erkrankung in ein Rehabilitationszentrum in Tirol oder in ein anderes Bundesland erfolgt.

§ 12

Krankentransporte und Fahrtkosten

- (1) Die Kosten für Krankentransporte und für notwendige Transporte von Müttern zur/von der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle, werden in der Höhe der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch zu 100 v. H. des Tarifbetrages, ersetzt.
- (2) Fahrtkosten werden für notwendige Fahrten zur/von der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle ersetzt, wenn die Entfernung mehr als 20 Kilometer in eine Fahrtrichtung beträgt.
Die Höhe des Kostenersatzes richtet sich nach dem Fahrpreis des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels und ist durch Vorlage eines Einzelfahrscheines nachzuweisen.
Ist die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels aus medizinischen Gründen nicht zumutbar oder steht ein solches nicht oder nicht zeitgerecht zur Verfügung, so gebührt bei Benützung eines Kraftfahrzeuges ein Kostenersatz in der Höhe des 1/2 amtliche Kilometergeldes.
Bei Kindern, Unmündigen und sonstigen Personen, die einer Begleitung bedürfen, sind auch die Fahrtkosten einer Begleitperson zu ersetzen.

§ 13

Krankheitsverhütung

- (1) Kostenersatz in der Höhe von 100 v. H. der Tarife wird gewährt für
 - a) die allgemeine Vorsorgeuntersuchung und
 - b) behördlich angeordnete Maßnahmen zur Verhütung des Eintrittes oder der Verbreitung epidemischer Krankheiten.

- (2) Die Kosten für eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung werden nur einmal jährlich vergütet.

§ 14

Sonderleistungen

- (1) Kostenersätze für die Unterbringung in Genesungs- oder Erholungsheimen oder für den Aufenthalt in Heilstätten, Kurbädern, Kurorten oder anderen Erholungsstätten werden, soweit im Abs. 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist, nur dann gewährt, wenn die Aufenthaltsdauer ununterbrochen drei Wochen beträgt.
- (2) Der zur Beurteilung der Notwendigkeit von Sonderleistungen nach Abs. 1 erforderliche Nachweis ist vor dem Beginn der Unterbringung bzw. vor dem Antritt eines Aufenthaltes zu erbringen. Kostenersatz für einen Genesungsaufenthalt wird, soweit nicht andere wichtige Gründe vorliegen, nur nach einer schweren Krankheit, einem Unfall oder einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt gewährt.
- (3) Der Kostenersatz beträgt bei
- a) Einrichtungen im Sinne des Abs. 1, mit denen eine Direktverrechnungsmöglichkeit besteht, 100 v.H. des vertraglich vereinbarten Entgelts,
 - b) bei sonstigen Einrichtungen ohne Direktverrechnungsmöglichkeit 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens 100 v. H. des Tarifbetrages,
 - c) Inanspruchnahme von ausschließlich Kurmitteln 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens 100 v. H. des Tarifbetrages.
- (4) Ist die Aufenthaltsdauer kürzer oder länger als drei Wochen, so wird ein Kostenersatz nur bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Gründe gewährt. Die Notwendigkeit eines vorzeitigen Abbruchs, insbesondere im Falle einer Erkrankung, muss nachweislich vom Kurarzt begründet werden.
- (5) Für die Leistung eines Kostenersatzes von Kuraufenthalten gelten folgende Höchstgrenzen:
Kuraufenthalte werden innerhalb eines Jahres einmal und innerhalb von fünf Jahren zweimal gewährt. Der Ersatz der Kosten für ärztlich verordnete Kuranwendungen kann bei medizinischer Notwendigkeit unabhängig von dieser Einschränkung geleistet werden.
- (6) Bei Absolvierung eines Kuraufenthaltes ohne Direktverrechnung wird ein Kostenersatz nur geleistet, wenn eine aus kurärztlicher Sicht angemessene Anzahl an Kuranwendungen konsumiert wird. Die Anzahl der Kuranwendungen gilt jedenfalls als angemessen, wenn mindestens 20 Anwendungen in drei Wochen erfolgen.

§ 15
Tarife

Die Tarife für den Kostenersatz werden in der in der Anlage angeführten Höhe festgelegt.

§ 16
Sprachliche Gleichbehandlung

Wenn in dieser Verordnung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, gelten sie für Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

§ 17
Inkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.
- (2) Die Tarife nach § 15 (Anlage) treten mit dem Zeitpunkt in Kraft, der beim jeweiligen Tarif festgelegt ist.

Anlage