



Amtssigniert. SID2014061107157
Informationen unter: amtssignatur.tirol.gv.at

Verordnung der Verwaltungskommission der Kranken- und Unfallfürsorge der Landeslehrer vom **2. Juni 2014** 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. 130/2013** wird verordnet:

1. Abschnitt
Anwendungsbereich, Kostenersatz

§ 1
Anwendungsbereich

Die nach den §§ 22 und 60 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
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 Mutterberatungsstelle;
 - 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 und 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

1. für Leistungen im Zusammenhang mit Krankheiten, die einen besonders hohen Aufwand erfordern, wie z.B. Morbus Parkinson, HIV-Infektion, Zustand nach Transplantationen, Niereninsuffizienz, etc.;
2. in Fällen, in denen Leistungen über einen von Sozialversicherungsträgern gespeisten Pool abgerechnet werden.

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 sich aus dem Abs. 1 erster 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.

(3) Die Höhe des Kostenersatzes für anspruchsberechtigte Angehörige gemäß § 2 Abs. 1 lit. c bis f BLKUFG 1998 beträgt bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres für Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung (§ 11 Abs. 2 lit. a BLKUFG 1998) 100 v.H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v.H. des Tarifbetrages.

(3a) Die Höhe des Kostenersatzes für Kieferregulierungen (Abschnitt V des Tarifes für zahnheilkundliche Verrichtungen für die Kranken und Unfallfürsorgen der Tiroler Landesbeamten, der Tiroler Landeslehrer und der Tiroler Gemeindebeamten) beträgt 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v. H. des Tarifbetrages.

- (3b) Die Höhe des Kostenersatzes für Logopädische Behandlungen (1. Teil, Abschnitt C Logopädische Behandlungen der Anlage zur Krankenfürsorgeordnung) und Psychotherapeutische Behandlungen (1. Teil, Abschnitt F Psychotherapeutische Behandlungen der Anlage zur Krankenfürsorgeordnung) beträgt 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v. H. des Tarifbetrages.
- 4) 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 § 71 Abs. 3 lit. b BLKUG 1998 nichts anderes feststellt. Ist für einzelne Leistungen keine Höchstgrenze festgelegt, so gilt Abs.1 letzter Satz.
- (5) 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.
- (6) Erbrachte Leistungen sind durch einen Kostennachweis zu belegen, aus dem sich die Art und das Ausmaß der Leistungen und deren Bezahlung ergibt. Kostennachweise sind insbesondere Originale von saldierten Honorarnoten oder Rechnungen und von Einzahlungsbelegen. 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 anderen Bundesland oder im Ausland wegen einer dort akut aufgetretenen Erkrankung oder eines dort erlittenen Unfalles werden in der Höhe von 90 v.H. des Kostennachweises 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 oder im Ausland 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, oder
 - c) bei besonderer Dringlichkeit auf Grund einer entsprechend begründeten Überweisung durch einen Facharzt erfolgt,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 Tarifzuschläge 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 Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln erfolgt.
- (2) Kostenersatz wird jedenfalls für Heilmittel geleistet, die im Warenverzeichnis I 1., 2. und 4. Alphabet und im Warenverzeichnis II des Österreichischen Apothekenverlages Ges.m.b.H. enthalten sind, ausgenommen die Medikamente, die in den im Abs. 3 angeführten Indikationsgruppen des „Austria-Codex Schnellhilfe“ aufgezählt sind.

Für Heilmittel, die im Warenverzeichnis I 3. Alphabet enthalten sind, wird ein Kostenersatz ausschließlich bei vertrauensärztlicher Bewilligung gewährt.
- (3) Kein Kostenersatz - außer bei vertrauensärztlicher Vorbewilligung - wird für die in den nachfolgend angeführten **Indikationsgruppen** der im „Austria-Codex-Schnellhilfe“ aufgezählten Medikamente gewährt:

16 A	Geriatrika
16 A 01	Procainfrei
16 A 02	Procainhaltig
16 B 01	Stärkungsmittel - Allgemeine
16 Z	Phytopharmaka
16 Z 01	Geriatrika
16 Z 02	Stärkungsmittel: allgemeine

22 N 01	Schutz und Pflege von Haut, Haaren und Nägeln - Interna
26 B	Nikotin - Entwöhnung
29 B	Kontrazeptiva (Verhütungsmittel)
29 B 01	Lokale Anwendung, hormonfrei
29 B 02	Lokale Anwendung, hormonhaltig
31 I	Hormonelle Kontrazeptiva
31 I 01	Kombinationspräparate
31 I 02	Sequentialpräparate
31 I 03	Gestagene, oral
31 I 04	Depot-Gestagene
54 B 07	B-Vitamine/Sonstige Kombinationen ausgenommen Multivit B Präparate, die kassenfrei verschreibbar sind
54 C	Vitamin C
54 C 01	Vitamin C (Monopräparate) ausgenommen Mel C Ampullen und Cevitol Ampullen
54 C 02	Kombinationen, mineralstofffrei
54 E	Vitamin E
54 E 01	Vitamin E (Monopräparate)
54 E 03	Sonstige Kombinationen, mineralstofffrei
54 H	Multivitamine
54 H 01	Multivitamine rein ausgenommen Mel H Ampullen
54 H 02	Kombinationen mit Mineralstoffen
54 H 03	Sonstige Kombinationen ausgenommen Rivitin BC Ampullen
60 O 03	Zahnpasten/Mundwässer

sowie für die Medikamente Macalvit, Viagra, Xenical, Zyban und die mit diesen Präparaten vergleichbaren Medikamente.

- (4) Die Grundlage für die Gewährung des Kostenersatzes eines in Tirol bezogenen Heilmittels bildet
- bei im Warenverzeichnis I 1., 2. und 3. Alphabet, und im Warenverzeichnis II enthaltenen Heilmitteln der um 17,3 v.H. verminderte Privatverkaufspreis,
 - bei im Warenverzeichnis I 4. Alphabet enthaltenen Heilmitteln der im Warenverzeichnis III angeführte Privatverkaufspreis.
- (5) Ein Kostenersatz für Zuschläge, die für den Bezug von Heilmitteln außerhalb der Öffnungszeiten von Apotheken oder ärztlichen Hausapotheken zu leisten sind, wird nur insoweit gewährt, als der verordnende Arzt die Dringlichkeit bestätigt.

§ 8
Heilbehelfe

- (1) Die Mindestgebrauchsdauer beträgt, soweit im § 43 Abs. 3 BLKUGF 1998 nichts anderes bestimmt ist, für
- | | |
|--|--------------|
| 1. Sehbehelfe, sofern sich die Sehstärke nicht wenigstens um 0,5 Dioptrien ändert, | zwei Jahre |
| 2. weiche Kontaktlinsen | ein Jahr |
| 3. Lichtschutz | zwei Jahre |
| 4. Augenprothesen | ein Jahr |
| 5. Brustprothesen | ein Jahr |
| 6. Stütz- und Gummistrümpfe | drei Monate |
| 7. Hörapparate | fünf Jahre |
| 8. Inhalationsgeräte | fünf Jahre |
| 9. Arm- oder Beinprothesen | fünf Jahre |
| 10. Orthopädische Schuhe, Einlagen und sonstige orthopädischen Heilbehelfe | sechs Monate |
| 11. Perücken | ein Jahr |
| 12. Zahnprothesen | fünf Jahre |
| 13. Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte | fünf Jahre |
- (2) Die Mindestgebrauchsdauer für Sehbehelfe nach Abs. 1 Z. 1 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 ordnungsgemäßem 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. Entlehene Heilbehelfe sind ordnungsgemäß 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 BLKUGF 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 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.

Bei einem Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum ist ein Selbstbehalt von 10 v. H. der Kosten vom Anspruchsberechtigten zu leisten, dies gilt jedoch nicht für die Rehabzentren der AUVA Bad Häring, Tobelbad, Weißer Hof und Meidling.

§ 12

Krankentransporte und Fahrtkosten

1. Die Kosten für Krankentransporte und für notwendige Transporte von Müttern 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. Die Höhe des Kostenersatzes richtet sich nach dem Fahrpreis des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels, sie sind jedoch nur zu ersetzen, soweit sie den Fahrpreis für die Hin- und Rückfahrt mit dem billigsten öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb der Landeshauptstadt Innsbruck übersteigen (Selbstbehalt).
3. Ist die Benützung des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar beziehungsweise in medizinisch begründeten Fällen, kann über Antrag bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das 1/2 amtliche Kilometergeld vergütet werden.

Bei Fahrtkosten gilt ein genereller Selbstbehalt in der Höhe des Fahrpreises für die Hin- und Rückfahrt mit dem billigsten öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb der Landeshauptstadt Innsbruck. Das 1/2 amtliche Kilometergeld wird daher erst ab einer Fahrstrecke, die die Kilometeranzahl, deren Betrag die Höhe des Selbstbehaltes überschreitet, geleistet. Werden Ambulanztransporte (früher Serientransporte), das sind Transporte von Chemo-, Strahlen- und Dialysepatienten, mit dem eigenen PKW durchgeführt, wird vom 1/2 amtlichen Kilometergeld kein Selbstbehalt gemäß Abs. 2 in Abzug gebracht.

§ 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 nichts anderes bestimmt ist, nur dann gewährt, wenn die Aufenthaltsdauer drei Wochen beträgt. Die Höhe des Kostenersatzes beträgt 100 v. H. der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 100 v. H. des Tarifbetrages.
- (2) Ist die Aufenthaltsdauer kürzer oder länger als drei Wochen, so wird ein Kostenersatz nur bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Gründe gewährt.
- (3) 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.

- (4) Die Kosten für die mit einer Unterbringung oder mit einem Aufenthalt nach Abs. 1 verbundenen Reisen werden unter Bedachtnahme auf § 11 Abs. 5 BLKUG 1998
- a) im Inland in der Höhe von 100 v.H. des Fahrpreises des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels,
 - b) im Ausland in der Höhe von 100 v.H. des Fahrpreises des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu dem am weitest entfernten vergleichbaren Ort im Inland, höchstens jedoch in der Höhe von 100 v.H. der nachgewiesenen Kosten ersetzt.
- (5) Kostenersätze nach Abs. 1 und Fahrtkosten nach Abs. 4 werden für eine Begleitperson dann gewährt, wenn sie der Betreuung einer pflegebedürftigen Person oder einer Person, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, dient.

§ 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. Juli 2014** in Kraft.
- (2) Die Tarife nach § 15 (Anlage) treten mit dem Zeitpunkt in Kraft, der beim jeweiligen Tarif festgelegt ist.

Anlage