

**KOMPILIERTE VERSION DER
RICHTLINIEN ÜBER EINE ÖKONOMISCHE
VERSCHREIBWEISE VON HEILMITTELN UND
HEILBEHILFEN**

STAND 1. MÄRZ 2006

Markierung von Änderungen:

Gelb unterlegte Textstellen basieren auf der 1. Änderung der RÖV (Juli 2005)

Pink unterlegte Textstellen basieren auf der 2. Änderung der RÖV (Februar 2006)

Dies ist ein rechtlich unverbindlicher Arbeitsbehelf.

Die rechtlich verbindlichen Basistexte

RÖV Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen: Verlautbarung Nr. 5/2005

1. Änderung der RÖV: Verlautbarung Nr. 68/2005

2. Änderung der RÖV: Verlautbarung Nr. 29/2006

finden sich ausschließlich auf www.avsv.at.

Pharmaservices übernimmt keine Haftung für eventuelle Irrtümer, Druckfehler etc. im vorliegenden Arbeitbehelf.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 31 Abs. 5 Z 13 ASVG:

Richtlinien über eine ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV 2005)

Allgemeine Bestimmungen

§ 1. (1) Die Krankenversicherungsträger haben nach Maßgabe dieser Richtlinien die Kosten ärztlich verschriebener Heilmittel (§ 136 ASVG, § 64 B-KUVG, § 92 GSVG, § 86 BSVG) einschließlich der allenfalls notwendigen Mittel zu ihrer Applikation sowie die Kosten ärztlich verschriebener Heilbehelfe (§ 137 ASVG, § 65 B-KUVG, § 93 GSVG, § 87 BSVG) zu tragen, soweit sie für eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung erforderlich sind.

(2) Die Übernahme von Kosten durch den Krankenversicherungsträger erfolgt

1. durch Abrechnung mit öffentlichen Apotheken bzw. hausapothekenführenden Ärzten, wenn ein von einem Vertragsarzt, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung ausgestelltes gültiges Krankenkassenrezept (§ 11), ein amtliches Suchtgiftrezept oder ein gültiger Verordnungsschein (§ 15) vorliegt oder wenn ein Rezept eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung gemäß § 350 Abs. 2 ASVG einem Krankenkassenrezept gleichgestellt worden ist;

RÖV 2006 . § 1 Abs. 2 Z 1 lautet:

„1. durch Abrechnung mit öffentlichen Apotheken bzw. hausapothekenführenden Ärzten, wenn ein von einem Vertragsarzt, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung ausgestelltes gültiges Krankenkassenrezept (§ 11), eine Suchtgiftverschreibung (inkl. jene zur Substitutionstherapie) oder ein gültiger Verordnungsschein (§ 15) vorliegt oder wenn ein Rezept eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung gemäß § 350 Abs. 2 ASVG einem Krankenkassenrezept gleichgestellt worden ist;“

2. durch Erstattung der Kosten an den Versicherten unter den besonderen Voraussetzungen der §§ 131 ASVG, 59 B-KUVG, 85 GSVG bzw. 88 BSVG, wenn die verschriebenen Heilmittel bzw. Heilbehelfe privat bezogen und bezahlt worden sind.

(3) Die Abgabe von Heilmitteln für Rechnung des Krankenversicherungsträgers muss in einer öffentlichen Apotheke bzw. durch einen hausapothekenführenden Arzt erfolgt sein. Voraussetzung ist, dass die betreffende öffentliche Apotheke bzw. der hausapothekenführende Arzt mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht.

(4) Soweit Heilmittel oder Heilbehelfe nicht nach diesen Richtlinien, nach dem Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) (Anführung im grünen Bereich), oder nach den Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger zur freien Verschreibung zugelassen sind, dürfen von den Krankenversicherungsträgern die Kosten nur dann übernommen werden, wenn der Arzt (die Ärztin) vor dem Bezug die ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes des Krankenversicherungsträgers eingeholt hat. Für Arzneispezialitäten, die im gelben Bereich des Erstattungskodex unter Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Verwendungen angeführt sind und die der nachfolgenden Kontrolle über die Einhaltung der bestimmten Verwendung unterliegen, tritt an Stelle der ärztlichen Bewilligung durch den chef- oder kontrollärztlichen Dienst des Krankenversicherungsträgers die einheitliche Dokumentation gemäß § 7.

Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Verschreibungen

§ 2. (1) Die Verschreibung von Heilmitteln oder Heilbehelfen durch den behandelnden Arzt ist zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn die Verschreibung geeignet ist, den größtmöglichen therapeutischen Nutzen zu erzielen und die Behandlungskosten im Verhältnis zum Erfolg und zur Dauer der Behandlung möglichst gering zu halten.

(2) Bei der Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen,

1. ob von mehreren therapeutisch geeigneten Heilmitteln (Heilbehelfen) das ökonomisch günstigste Heilmittel (der ökonomisch günstigste Heilbehelf) gewählt wurde, d.h. von mehreren im Preis gleichen Mitteln das geeignetste, von mehreren gleich geeigneten Mitteln jenes, das die geringsten Kosten verursacht;
2. ob im Einzelfall mit Rücksicht auf die in Z 1 geregelten Kriterien statt der Verschreibung eines im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Heilmittels die Verschreibung eines Heilmittels aus dem Gelben oder grünen Bereich bzw. statt der Verschreibung eines im Gelben Bereich angeführten Heilmittels die Verschreibung eines Heilmittels aus dem Grünen Bereich zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre;
3. ob im Einzelfall die Verschreibung einer kleineren Menge eines Heilmittels im Hinblick auf die Art und Dauer der Erkrankung (etwa die Verschreibung einer Kleinpackung zur Anbehandlung oder Erprobung eines Heilmittels zur Behandlung einer chronischen Krankheit) zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre;
4. ob bei einer chronischen Krankheit die Verschreibung einer größeren Menge, die die medikamentöse Versorgung für die Dauer eines Monats sichern soll, zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre als die wiederholte Verschreibung von kleinen Mengen;

RÖV 2005 § 2 Abs. 2 Z 4 lautet:

„4. ob bei einer chronischen Krankheit die Verschreibung einer größeren Menge, die die medikamentöse Versorgung für die Dauer eines Monats oder bei Zutreffen der Voraussetzungen nach § 6 Abs. 3 für die Dauer von bis zu drei Monaten sichern soll, zweckmäßiger und wirtschaftlicher wäre als die wiederholte Verschreibung von kleinen Mengen;“

5. ob im Einzelfall eine Wiederholung der Verschreibung aufgrund der Art und Menge der vom Patienten bereits verbrauchten Mittel erforderlich ist und ob die verbrauchte Menge mit der vorgesehenen Anwendungszeit übereinstimmt;
6. ob gegebenenfalls statt der Verschreibung von Heilmitteln überhaupt andere, z. B. hygienische, physikalische, diätetische oder psychotherapeutische Maßnahmen zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären.

(3) Verschreibungen von Heilmitteln und Heilbehelfen, für welche der Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen dieser Richtlinien die Kosten ohne ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen hat, sind vorerst grundsätzlich als zweckmäßig und wirtschaftlich zu betrachten. Dies gilt nicht, wenn vom Krankenversicherungsträger im Wege der nachprüfenden Kontrolle (§ 18) festgestellt wird, dass der behandelnde Arzt bei der Verschreibung die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht beachtet hat.

Übernahme der Kosten für Arzneispezialitäten im grünen Bereich

§ 3. Die Kosten für die im grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten sind ohne ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen,

1. soweit die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten wird,
2. wenn eine im Erstattungskodex allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkung beachtet worden ist.

RÖV 2006: „Übernahme der Kosten für Arzneispezialitäten im grünen Bereich

§ 3. (1) Die Kosten für die im grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten sind ohne ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen,

1. soweit die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten wird,
2. wenn eine im Erstattungskodex allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkung beachtet worden ist.

(2) Die Abgabe einer größeren als der im Erstattungskodex vorgesehenen Menge ist nur dann zu bewilligen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 3 vorliegen.“

3. § 6 Abs. 3 (neu) lautet:

„Liegt die verordnete Packungsgröße oder Menge über der im Erstattungskodex angeführten, so ist die ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes dann zu erteilen, wenn mit der verschriebenen Packungsgröße oder Menge eine ökonomischere Versorgung der Patienten/Patientinnen erzielt wird und medizinisch-therapeutische Gründe nicht dagegen sprechen. Dies ist insbesondere bei Vorliegen folgender Voraussetzungen gegeben:

1. Die verordnete Packungsgröße oder Menge ist für die Abdeckung des individuell höheren Monatsbedarfes notwendig.

2. Die Arzneispezialität wird für die Behandlung einer chronischen Erkrankung eingesetzt, wobei

a) die Compliance des Patienten nach Therapie mit der im Erstattungskodex angeführten Packungsgröße oder Menge nachgewiesen ist; der Nachweis ist jedenfalls nach einer Behandlungszeit von drei Monaten bei Vorliegen eines relevanten Patientennutzes und der Verträglichkeit der Arzneispezialität gegeben;

b) die verordnete Packungsgröße oder Menge einen Behandlungszeitraum bis zu drei Monaten abdeckt.“

Übernahme der Kosten für magistrale Verschreibungen

§ 4. (1) Die Kosten für Stoffe oder rezepturmäßig herzustellende Zubereitungen aus Stoffen (magistrale Zubereitungen) sind mit Ausnahme des Abs. 2 ohne ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen, wenn die vom behandelnden Arzt verschriebenen Stoffe (Zubereitungen aus Stoffen) den Vorschriften des jeweils gültigen Arzneibuches entsprechen oder wenn sie in der Österreichischen Arzneitaxe bzw. - wenn für die magistrale Zubereitung Arzneispezialitäten zu verwenden sind - diese Arzneispezialitäten im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages angeführt sind.

(2) Eine ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes ist erforderlich:

1. wenn zur Herstellung

a) eine Arzneispezialität gebraucht wird, für die eine ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes vorgeschrieben ist, oder eine Menge davon, die über der frei verschreibbaren Menge liegt;

b) im gelben Bereich des Erstattungskodex des Hauptverbandes angeführte Stoffe (Zubereitungen aus Stoffen) oder nicht frei verschreibbare Mengen von Stoffen benötigt werden;

2. wenn ein für die Herstellung einer magistralen Zubereitung benötigter Stoff (eine Zubereitung aus Stoffen) weder in der Österreichischen Arzneitaxe noch im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages enthalten ist;

3. wenn gemäß den im Erstattungskodex enthaltenen besonderen Abgabebedingungen eine Abgabebeschränkung für eine magistrale Zubereitung besteht oder von den erforderlichen Stoffen (Zubereitungen aus Stoffen) größere Mengen verschrieben wurden, als zur Herstellung der in den besonderen Abgabebedingungen angegebenen Darreichungsformen benötigt werden.

(3) Der Krankenversicherungsträger hat die Kosten für eine magistrale Zubereitung auch dann zu übernehmen, wenn ein für die magistrale Zubereitung verordneter Stoff, der für die Wirkung der Arznei nicht wesentlich ist, die ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes bedingen würde und der Apotheker im Einvernehmen mit dem Patienten und nach Zustimmung des verordnenden Arztes die magistrale Zubereitung ohne diesen Stoff angefertigt hat.

Übernahme der Kosten für Applikationsmittel

§ 5. Kann eine Arznei nur mit Hilfe eines Mittels zur Applikation (z. B. Augensalbenstäbchen, Augentropfenzähler, Inhalator) angewandt werden, hat der Krankenversicherungsträger die Kosten auch für das Applikationsmittel zu übernehmen.

Ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes

§ 6. (1) Voraussetzung für die Erteilung einer ärztlichen Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes für die Verschreibung eines Heilmittels ist grundsätzlich das Vorliegen einer Zulassung in Österreich sowie dessen Anführung im Erstattungskodex des Hauptverbandes. Die Bewilligung ist entgegen Satz 1 in folgenden Fällen möglich:

1. Bei Verschreibung eines in Österreich nicht zugelassenen Heilmittels: Wenn eine zumutbare, erfolgversprechende Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst mit in Österreich zugelassenen Heilmitteln nicht zur Verfügung steht oder erfolglos blieb und

a) die Behandlung mit dem nicht zugelassenen Heilmittel erfolgreich war. oder

b) von der Behandlung nach den Ergebnissen einer für die Bildung eines Erfahrungssatzes ausreichenden Zahl von Fällen ein Erfolg erwartet werden konnte.

2. Bei Verschreibung eines nicht im Erstattungskodex angeführten Heilmittels: Wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und deshalb eine Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zur Krankenbehandlung überhaupt nicht zur Verfügung steht.

(2) Der chef- oder kontrollärztliche Dienst hat den Bezug eines nicht frei verschreibbaren Heilmittels oder Heilbehelfes für Rechnung des Krankenversicherungsträgers ärztlich nur zu bewilligen, wenn die Verschreibung

1. vom Arzt begründet wurde und

2. bei der Verschreibung die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 2 Abs. 1 und 2) beachtet wurden.

(3) Liegt eine ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes vor, so hat der Krankenversicherungsträger die Kosten für das Heilmittel bzw. für den Heilbehelf zu übernehmen.

Einheitliche Dokumentation an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes

§ 7. (1) Arzneispezialitäten, die im gelben Bereich des Erstattungskodex unter Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Verwendungen angeführt sind und die der nachfolgenden Kontrolle über die Einhaltung der bestimmten Verwendung unterliegen, dürfen ohne vorherige ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes nur dann verschrieben werden, wenn der verordnende Arzt (die verordnende Ärztin) die Einhaltung der bestimmten Verwendung dokumentiert hat.

(2) Die Ausstellung eines Rezeptes für den Bezug einer derartigen Arzneispezialität auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers darf erst nach Anfertigung einer Dokumentation erfolgen.

(3) Für die vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation hat der verordnende Arzt (die verordnende Ärztin) für jede in Betracht kommende Arzneispezialität unter Anwendung des § 4 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung das bundeseinheitlich aufgelegte Dokumentationsblatt (Beilage 1) zu verwenden.

RÖV 2006: § 7 Abs. 3 lautet:

„(3) Der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin hat die Einhaltung der bestimmten Verwendung unter Beachtung des § 4 Abs. 3 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in seiner Patientenkartei oder Patientendatei zu dokumentieren. Im Falle der nachträglichen Kontrolle hat er/sie die entsprechende Dokumentation über die Einhaltung der bestimmten Verwendung in geeigneter Form nach der in § 4 Abs. 3 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung angeführten Gliederung zur Verfügung zu stellen. Für Arzneispezialitäten, die im Übergangszeitraum bis zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist unter Beachtung des § 12 Abs. 2 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung sinngemäß vorzugehen.“

Ausschluss der Kostenübernahme

§ 8. Für folgende Mittel werden vom Krankenversicherungsträger im Allgemeinen keine Kosten übernommen. Für diese Mittel darf eine ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes nur bei Vorliegen der Ausnahmetatbestände des § 6 Abs. 1 erteilt werden.

1. Alle Arzneimittel, die einer Kategorie der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG (avsv Nr. 34/2004 idgF) angehören.
2. Sonstige Mittel zur Behandlung in Krankenanstalten; das sind Mittel, die im Allgemeinen aufgrund des Anwendungsgebietes, der Behandlungsqualität, der notwendigen Überwachung und/oder Sicherheitsvorkehrungen für Fertigstellung, Anwendung oder Entsorgung nicht im niedergelassenen Bereich verwendbar sind sowie Mittel, deren Anwendung im Allgemeinen nur im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Krankenanstalt, einer Leistungserbringung in einer Krankenanstalt oder im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung einer Krankenanstalt medizinisch zweckmäßig und vertretbar sind.
3. Sonstige Mittel zur Prophylaxe; das sind Mittel zur Krankheitsverhütung (z.B. Reiseprophylaxe) sowie Mittel für den Einsatz in der Primärprävention und Mittel zur Eigenblutvorsorge.
4. Sonstige Mittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung wie insbesondere Homöopathika, Mittel zur Anwendung im Rahmen einer Bachblütentherapie, Mittel zur Anwendung im Rahmen einer Wärmerotherapie, Umstimmungsmittel, Mittel zur Anwendung im Rahmen einer Aromatherapie, Anthroposophika, niedrigdosierte Venenmittel, Nootropika, niedrigdosierte Magnesiummittel, Mittel zur Organ- und Zelltherapie, Immunstimulantien, Badezusätze, Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen.
5. Sonstige Mittel zur Empfängnisverhütung.
6. Sonstige Mittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs, das sind Mittel zur Anreizung bzw. Verstärkung des Sexualtriebes und Mittel, die bei vorhandenem Sexualtrieb die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ermöglichen ohne die zugrundeliegende Störung körperlicher und/oder psychischer Natur zu beheben.
7. Sonstige Mittel mit überwiegend kosmetischer Wirkung.
8. Sonstige Mittel für die körperliche Hygiene wie insbesondere Mittel zur Reinigung oder Pflege der Haut, der Haare, der Nägel, der Zähne oder der Mundhöhle.
9. Sonstige Mittel zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln.

10. Sonstige Mittel zur Leistungssteigerung bzw. zur Steigerung des Wohlbefindens wie insbesondere Roborantien, Eiweißpräparate oder Dopingmittel.
11. Sonstige Mittel zum Ersatz der Nahrungsaufnahme und/oder zum Ausgleich alimentärer Defizite, das sind Mittel mit wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffen in einer Menge bzw. Konzentration, die im Allgemeinen durch eine normale Nahrungsaufnahme erzielbar und zumutbar ist, wie insbesondere Fette, Öle, Spurenelemente, Mineralstoffe und -wässer, Aminosäuren und Vitamine.
12. Sonstige Mittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch.
13. Sonstige Mittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie insbesondere Appetitzügler und Resorptionshemmer.
14. Sonstige Mittel zur medizinischen Vorbereitung einer assistierten Reproduktion.
15. Magistrale Zubereitungen, wenn sie in ihrer Darreichungsform und Zusammensetzung einer oder mehreren Arzneispezialitäten entsprechen.

RÖV 2006: § 8 Z 15 lautet:

„15. magistrale Zubereitungen, wenn sie in ihrer Darreichungsform und Zusammensetzung einer oder mehreren Arzneispezialitäten entsprechen, es sei denn, dadurch wird eine ökonomischere Krankenbehandlung als durch die entsprechende(n) Arzneispezialität(en) gewährleistet.“

Übernahme der Kosten in Notfällen

§ 9. (1) Die Kosten für Heilmittel sind ohne die ansonsten erforderliche ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen, wenn sie am Ausstellungstag des Kassenrezeptes oder am darauffolgenden Tag abgegeben wurden und der Vertragsarzt auf dem Kassenrezept

1. einen auf das Vorliegen von Lebensgefahr hindeutenden Vermerk (z. B. "per. vit.") angebracht hat oder
2. Verbandmaterialien mit einem Vermerk verordnet hat, aus dem hervorgeht, dass es sich um einen Fall von "Erster Hilfe" handelt.

(2) In besonderen Notfällen hat der Krankenversicherungsträger, wenn ein Heilmittel in der Zeit, in der der Chef- oder Kontrollarzt nicht erreichbar ist, in einer öffentlichen Apotheke abgegeben werden musste, die Kosten für die kleinste zum Apothekenverkehr zugelassene Packung des verschriebenen Heilmittels zu übernehmen. Die Abgabe muss jedoch am Ausstellungstag des Krankenkassenrezeptes oder am darauffolgenden Tag erfolgen.

Übernahme der Kosten in Einzelfällen

§ 10. (1) Für Heilmittel, die in Form von Dauerverschreibungen oder Vorratsverschreibungen auf Krankenkassenrezepten verschrieben wurden, sind keine Kosten zu übernehmen, außer aufgrund von Dauerverschreibungen im Sinne des § 16 der Suchtgiftverordnung.

(2) Hat der behandelnde Arzt ein Heilmittel verschrieben und hiezu unzulässigerweise vermerkt, dass der Apotheker statt dieses Heilmittels auch ein anderes Heilmittel abgeben dürfe ("aut simile"-Verschreibung), so hat der Krankenversicherungsträger die Kosten für das verschriebene Heilmittel zu übernehmen, falls dieses abgegeben wurde. Für ein Heilmittel, das aufgrund der "aut simile"-Verschreibung substituiert wurde, sind keine Kosten zu übernehmen.

Ausgabe von Formularen für Krankenkassenrezepte und Verordnungsscheine

§ 11. (1) Die Gebietskrankenkassen haben allen im jeweiligen Bundesland niedergelassenen Vertragsärzten die zur Verschreibung von Heilmitteln auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers notwendigen Rezeptformulare auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für Verordnungsscheine, wenn diese bundeseinheitlich gestaltet sind.

(2) Sind die Formulare für Verordnungsscheine nicht bundeseinheitlich gestaltet, haben die Gebietskrankenkassen die betreffenden Formulare nur für den Zuständigkeitsbereich der ASVG-Krankenversicherungsträger den Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen, die Sonderkrankenversicherungsträger hingegen jeweils für den eigenen Zuständigkeitsbereich.

Gültigkeit von Krankenkassenrezepten

§ 12. (1) Ein Krankenkassenrezept oder ein amtliches Suchtgiftrezept ist gültig, wenn auf dem Rezeptformular folgendes vermerkt ist:

RÖV 2006 § 12 Abs. 1 erster Satz lautet:

„§ 12. (1) Ein Krankenkassenrezept oder eine Suchtgiftverschreibung (inkl. jene zur Substitutionstherapie) ist gültig, wenn auf dem Rezeptformular folgendes vermerkt ist:“

4. § 12 Abs. 1 lit. d wird gestrichen.

5. § 12 Abs. 1 lit. e erhält die Bezeichnung „lit. d“.

6. § 12 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) bei einer Suchtgiftverordnung (inkl. jener Substitutionstherapie) hat die Vignette entsprechend den Bestimmungen der Suchtgiftverordnung auf dem Rezept angebracht zu sein.“

1. im Rezeptkopf:

- a) der zuständige Krankenversicherungsträger und (soweit vorgesehen) die Versichertenkategorie;
- b) Vorname, Familienname, Versicherungsnummer (bei Fehlen jedenfalls das Geburtsdatum) und Anschrift des Patienten, für den das Heilmittel bestimmt ist; bei Inanspruchnahme von Leistungen durch in anderen EU-Mitgliedstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz versicherte Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzende Anspruchsbescheinigung ist bis zum Einsatz des neuen A5- Rezeptes die dort angeführte persönliche Kennnummer (bis zu 20 Stellen) im Feld „Anschrift“ anzugeben.
- c) wenn das Kassenrezept eine Verschreibung für einen Angehörigen enthält, tunlichst auch Vorname, Familienname und Versicherungsnummer (jedenfalls das Geburtsdatum) des Versicherten;
- d) Name und Betriebsort des Dienstgebers des Versicherten (bei unselbständig Erwerbstätigen);
- e) für nicht krankenversicherte Personen, die einer Gebietskrankenkasse aufgrund gesetzlicher Vorschrift oder aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens zur Betreuung zugeteilt sind, die Angabe der zuständigen Gebietskrankenkasse und im Feld "Beschäftigt bei" ein auf die gesetzliche Grundlage der Betreuung hindeutender Vermerk (z. B. "KOVG");

2. in der Rezeptur:

- a) das Ausstellungsdatum;
- b) das verordnete Heilmittel;
- c) die Darreichungsform und die zahlenmäßige Angabe der Menge und der Stärke des verordneten Heilmittels, soweit dies für die eindeutige Identifizierung erforderlich ist;
- d) die Gebrauchsanweisung, wenn eine solche nach § 3 Abs. 1 lit. e des Rezeptpflichtgesetzes erforderlich ist.

3. als Signum:

- a) ein Abdruck des Vertragsarztstempels, des Stempels einer Vertragseinrichtung oder des Stempels einer eigenen Einrichtung, tunlichst mit integriertem Datum, in Ausnahmefällen auch ein anderer Stempel des Vertragsarztes, bei Fehlen eines Stempels der in Blockschrift (Maschinschrift) beigesetzte Name und Berufssitz sowie tunlichst die Vertragspartnernummer des Arztes;
- b) die eigenhändige Unterschrift (eventuell verkürzter Namenszug) des verschreibenden Vertragsarztes, des Arztes einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung.

(2) Ist eine allfällige Befreiung von der Rezeptgebühr vom Arzt ersichtlich zu machen, muss auf dem Rezept ein zweiter Abdruck des Vertragsarztstempels bzw. ein zweites Mal der in Blockschrift (Maschinschrift) beigesetzte Name und Berufssitz sowie die Vertragspartnernummer des Arztes in dem dafür vorgesehenen Feld enthalten sein.

Ausfüllen des Rezeptes

§ 13. Im Zusammenhang mit der Überprüfung der auf Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegebenen Heilmittel haben diese auch darauf zu achten, dass zumindest der Name und das Geburtsjahr der Person, für die das Heilmittel verschrieben wurde, der für die Bezahlung zuständige Krankenversicherungsträger, die Versichertengruppe und die im § 12 Abs. 1 Z 2 und 3 angeführten Angaben vom behandelnden Arzt auf dem Kassenrezept eingetragen worden sind.

Korrektur oder Ergänzung von Rezeptangaben

§ 14. (1) Wurden die im § 12 Abs.1 Z 2 genannten Angaben korrigiert oder ergänzt, ist diese Korrektur bzw. Ergänzung nur gültig, wenn diese Änderung grundsätzlich vor der Abgabe des Heilmittels mit einem Korrektur- bzw. Ergänzungsvermerk und der Unterschrift oder Paraphe des verschreibenden Arztes versehen wurde.

(2) Falls in der Rezeptur unterschiedliche Schriftbilder aufscheinen, die den Verdacht des Missbrauches erwecken, sind grundsätzlich keine Kosten zu übernehmen, sofern nicht die Richtigkeit der Verschreibung durch die Unterschrift oder Paraphe des Arztes bestätigt worden ist.

(3) Ferner sind grundsätzlich keine Kosten zu übernehmen, wenn auf dem Krankenkassenrezept das Abgabedatum korrigiert wurde.

Zeitliche Begrenzung der Gültigkeit von Krankenkassenrezepten

§ 15. (1) Die Kosten für ärztliche Verschreibungen auf Krankenkassenrezepten dürfen vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn das Heilmittel spätestens 14 Tage nach dem Ausstellungstag abgegeben wurde.

(2) Bedarf es einer ärztlichen Bewilligung des chef- oder kontrollärztliche Dienstes, so gilt der Tag der Bewilligung als Ausstellungstag im Sinne des Abs. 1. Bei Anerkennung eines Privatrezeptes als Kassenrezept gilt der Tag der Anerkennung als Ausstellungstag.

RÖV 2006 „§ 15. (1) Die Kosten für ärztliche Verschreibungen auf Krankenkassenrezepten dürfen vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn das Heilmittel spätestens einen Monat nach dem Ausstellungstag abgegeben wurde. Die Kosten für Suchtgift-Einzelverschreibungen dürfen vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn das Suchtgift spätestens 14 Tage nach dem Ausstellungstag abgegeben wurde.

(2) Bedarf es einer ärztlichen Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes, so gilt der Tag der Bewilligung als Ausstellungstag im Sinne des Abs. 1. Bei Anerkennung eines Privatrezeptes als Kassenrezept gilt der Tag der Anerkennung als Ausstellungstag.“

(3) Wurde die Frist überschritten, weil das Heilmittel nicht vorrätig war, und konnte es daher innerhalb der noch zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr beschafft werden oder dauert die Anfertigung einer magistralen Zubereitung länger als üblich, dürfen die Kosten vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn vom Apotheker bzw. vom hausapothekenführenden Arzt auf dem Rezept der Einreichungstag sowie die Dauer der Verzögerung und ihre Begründung vermerkt und dies von ihm mit Datum und Unterschrift (Paraphe) bestätigt wurde.

(4) Die Kosten für die im Rahmen eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes (z.B. Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst, Ärztfunkdienst, ärztlicher Notdienst) auf einem besonders gekennzeichneten Krankenkassenrezept verschriebenen Heilmittel sind nur dann zu übernehmen, wenn das Heilmittel am Ausstellungstag oder am darauffolgenden Tag abgegeben wurde.

Gültigkeit von Verordnungsscheinen

§ 16. Die in den §§ 12 bis 15, ausgenommen § 12 Abs. 2 und § 15 Abs. 4, aufgestellten Vorschriften für die Gültigkeit von Krankenkassenrezepten gelten entsprechend für die Gültigkeit von Verordnungsscheinen mit folgender Maßgabe:

1. im Verordnungsteil des Verordnungsscheines ist das Ausstellungsdatum und die genaue Bezeichnung und Menge des verschriebenen Heilbehelfs anzuführen;
2. die Kosten für ärztliche Verschreibungen auf Verordnungsscheinen dürfen vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn der Heilbehelf innerhalb der auf dem Verordnungsschein angegebenen Gültigkeitsdauer, gerechnet ab dem Ausstellungstag, abgegeben wurde.

Übernahme von zusätzlichen Kosten

§ 17. (1) Für Heilmittel, die während der gesetzlichen Sperrzeit einer Apotheke abgegeben wurden, sind die zusätzlichen Kosten zu übernehmen, wenn

1. auf dem Krankenkassenrezept vom Arzt der Vermerk "expeditio nocturna" oder ein anderer Vermerk (z. B. "per. vit."), der auf die Dringlichkeit der Abgabe während der Sperrzeit hinweist, angebracht wurde,
2. das Heilmittel innerhalb der am Ausstellungstag begonnenen oder noch nicht beendeten Sperrzeit abgegeben wurde und
3. die Zeit der Inanspruchnahme der Apotheke auf dem Rezept vermerkt und vom abgebenden Apotheker die Unterschrift oder Paraphe beigesetzt worden ist.

(2) Handelt es sich um ein besonders gekennzeichnetes Krankenkassenrezept eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes, ist ein Vermerk (Abs. 1 Z 1) nicht erforderlich.

(3) Telegrammgebühren, Fernsprechgebühren, Porto, Zoll und ähnliche Unkosten anlässlich der Beschaffung eines in Österreich nicht erhältlichen notwendigen Heilmittels sind vom

Krankenversicherungsträger zu vergüten, wenn dieser vor der Beschaffung auf die voraussichtlichen Kosten hingewiesen wurde und er sich zur Zahlung bereit erklärt hat.

(4) Für die Beschaffung von Arzneiwaren, für die eine Unbedenklichkeitsbescheinigung gemäß § 2 Abs. 3 des Arzneiwareneinfuhrgesetzes erteilt wurde, gilt Abs. 3 entsprechend.

Kontrolle der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Dokumentation

§ 18. (1) Der Krankenversicherungsträger hat zu kontrollieren, ob die behandelnden Ärzte bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 2 Abs. 1 und 2) beachten.

(2) Bei Heilmitteln, die auf einem Krankenkassenrezept mit einem auf Lebensgefahr hindeutenden Vermerk verschrieben wurden, ist bei der Kontrolle auch darauf zu achten, ob das Heilmittel hinsichtlich Art und Menge zur Abwendung eines lebensbedrohenden Zustandes notwendig und geeignet war. Bei Verbandmaterialien, die mit einem auf Erste Hilfe hindeutenden Vermerk verschrieben wurden, ist darauf zu achten, ob damit hinsichtlich Art und Menge einem dringenden Bedarf entsprochen wurde.

(3) Sind bei Ausübung der Kontrolle Fragen der ärztlichen Behandlung zu klären, hat dies durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst des Krankenversicherungsträgers zu erfolgen.

(4) Der Krankenversicherungsträger hat die Verschreibung der Arzneispezialitäten, die im gelben Bereich des Erstattungskodex unter Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Verwendungen angeführt sind, sowie deren einheitliche Dokumentation gemäß § 7 zu kontrollieren.

Ärzt muster

§ 19. Für Ärztemuster sind keine Kosten zu übernehmen.

Verschreibung auf Privatrezepten

§ 20. Für Heilmittel, die auf einem Privatrezept verschrieben und vom Patienten privat bezogen wurden, dürfen - vorausgesetzt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung vorgesehen ist - nur dann Kosten erstattet werden, wenn die Verschreibung zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Das gleiche gilt hinsichtlich einer Gleichstellung von Rezepten nach § 350 Abs. 2 ASVG. Die §§ 1 bis 10, 14 und 17 bis 19 dieser Richtlinien gelten sinngemäß.

Übergangsbestimmung

§ 21. Bis zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card für die vorherige chef- oder kontrollärztliche Bewilligung für Arzneispezialitäten des gelben Bereiches (ausgenommen für Arzneispezialitäten, die unter Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Verwendungen angeführt sind und die der nachfolgenden Kontrolle unterliegen) und des roten Bereiches des Erstattungskodex kann die vorherige Bewilligung durch eine nachfolgende Kontrolle (§ 12 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung) oder durch eine Bewilligungskommunikation per Fax (§ 13 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung) ersetzt werden; für Arzneispezialitäten, die nicht im Erstattungskodex angeführt sind, gilt § 6 Abs. 1 Z 2 in Verbindung mit § 14 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung.

Wirksamkeitsbeginn und Geltungsbereich

§ 22. (1) Diese Richtlinien treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) Diese Richtlinien sind gemäß § 31 Abs. 6 ASVG für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger verbindlich.

Beilage

[GRAFIK]

[GRAFIK]

*

Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen wurden von der Geschäftsführung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger am 16. Dezember 2004 beschlossen. Der Verwaltungsrat hat am 16. Dezember 2004 den Richtlinien zugestimmt. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat ihr gesetzmäßiges Zustandekommen am 28. Dezember 2004, GZ: BMSG-21410/0024-II/A/3/2004, beurkundet.

Für die Geschäftsführung:

Probst

Kandlhofer