

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

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

1. Änderung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen

Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen, amtliche Verlautbarung Nr. 103 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“, Heft 12/1995, Seite 759, werden wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 lautet:

„(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. 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 vor dem Bezug die ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes des Krankenversicherungsträgers eingeholt wurde.“

2. § 2 Abs. 2 und 3 lauten:

(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;
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 (§ 17) festgestellt wird, dass der behandelnde Arzt bei der Verschreibung die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht beachtet hat.“

3. § 3 lautet:

„Übernahme der Kosten für Arzneyspezialitäten

§ 3. Die Kosten für die im grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten 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.“

4. § 4 lautet:

„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;

4. wenn es sich um eine magistrale Zubereitung eines Homöopathikums handelt.

(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.“

5. § 6 lautet:

„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, die Behandlung mit dem nicht zugelassenen Heilmittel erfolgreich war, oder 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 damit die Verschreibung in diesem Einzelfall nicht mit Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex durchgeführt werden kann.

(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.“

6. § 7 lautet:

„Ausschluss der Kostenübernahme

§ 7. 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 Wärmertherapie, 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.“

7. § 8 Abs. 1 lautet:

„§ 8. (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.“

8. § 9 lautet:

„Übernahme der Kosten in Einzelfällen

§ 9. (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.“

9. § 11 Abs. 1 lautet:

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

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) beige-setzte 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.“

10. § 14 Abs. 2 lautet:

„(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.“

11. Nach § 20 wird folgender § 21 eingefügt:

„Inkrafttreten der 1. Änderung

§ 21. (1) Die 1. Änderung der Richtlinien tritt mit 1. Oktober 2004 in Kraft.

(2) Gemäß § 609 Abs. 12 ASVG idF 2. SVÄG 2003, BGBl. I Nr. 145/2003, wird das Heilmittelverzeichnis ab 1. Jänner 2004 schrittweise durch den Erstattungskodex ersetzt. In der Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2004 gelten das Heilmittelverzeichnis und der Erstattungskodex parallel.

(3) Wird in diesen Richtlinien auf den Erstattungskodex verwiesen, so bezieht sich dieser Verweis bis zum 31. Dezember 2004 auch auf das Heilmittelverzeichnis und die Heilmittellsonderliste.

(4) Wird in diesen Richtlinien auf den Grünen Bereich des Erstattungskodex verwiesen, so bezieht sich dieser Verweis bis zum 31. Dezember 2004 auch auf das Heilmittelverzeichnis.

(5) Wird in diesen Richtlinien auf den Gelben Bereich des Erstattungskodex verwiesen, so bezieht sich dieser Verweis bis zum 31. Dezember 2004 auch auf die Heilmittellsonderliste.“

*

Die 1. Änderung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen wurden von der Geschäftsführung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger am

13. September 2004 beschlossen. Der Verwaltungsrat hat am 23. September 2004 den Richtlinien zugestimmt. Der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat ihr gesetzmäßiges Zustandekommen am 7. Oktober 2004, GZ: 21.410/0011-II/A/3/2004, beurkundet.

Für die Geschäftsführung:

Probst

Kandlhofer