

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet**Dachverband der Sozialversicherungsträger**

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 30a Abs. 1 Z 12 ASVG:

**Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2024
(RöV 2024)****Inhaltsverzeichnis**

Art/Paragraf	Gegenstand/Bezeichnung
§ 1.	Inhalt und Geltungsbereich
§ 2.	Begriffsbestimmungen
§ 3.	Allgemeine Bestimmungen
§ 4.	Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Verschreibungen
§ 5.	Übernahme der Kosten für Arzneyspezialitäten im grünen Bereich
§ 6.	Übernahme der Kosten für magistrale Verschreibungen
§ 7.	Übernahme der Kosten für Applikationsmittel
§ 8.	Ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes
§ 9.	Einheitliche Dokumentation an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes
§ 10.	Ausschluss der Kostenübernahme
§ 11.	Übernahme der Kosten in Notfällen
§ 12.	Übernahme der Kosten in Einzelfällen
§ 13.	Ausgabe von Formularen zur Verordnung
§ 14.	Gültigkeit von Kassenrezepten
§ 15.	Korrektur oder Ergänzung von Rezeptangaben
§ 16.	Zeitliche Begrenzung der Gültigkeit von Kassenrezepten
§ 17.	Gültigkeit von Verordnungsscheinen
§ 18.	Übernahme von zusätzlichen Kosten
§ 19.	Kontrolle der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Dokumentation
§ 20.	Ärztemuster
§ 21.	Verschreibung auf Privatrezepten
§ 22.	Wirksamkeitsbeginn

Beilage**Inhalt und Geltungsbereich**

§ 1. (1) Rechtsgrundlage dieser Richtlinien ist § 30a Abs. 1 Z 12 ASVG.

(2) Diese Richtlinien regeln nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen. Die Richtlinien sind vom Dachverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen. Bei der Erlassung unterliegt der Dachverband den Weisungen des/der Bundesministers/Bundesministerin für Gesundheit.

(3) Diese Richtlinien sind gemäß § 30 Abs. 3 ASVG für die dem Dachverband angehörenden Krankenversicherungsträger und in Anwendung der §§ 338 ff ASVG auch für die Vertragspartner/innen verbindlich. Die Verbindlichkeit ergibt sich auch aus § 350 Abs. 1 ASVG.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieser Richtlinien ist:

- a) Zur Verordnung berechtigte Person: Jede Person, die aufgrund und im Rahmen der für sie jeweils geltenden berufsrechtlichen Regelungen in Übereinstimmung mit den sv-rechtlichen und vertraglichen Bestimmungen auf Kosten der Krankenversicherungsträger zur Verordnung von Heilmitteln bzw. Heilbehelfen berechtigt ist.
- b) Zur Abgabe berechtigte Stelle: Jede Stelle, die aufgrund eines Vertrages mit einem Krankenversicherungsträger auf Kosten dieses Krankenversicherungsträgers Heilmittel bzw. Heilbehelfe abgeben darf.

Allgemeine Bestimmungen

§ 3. (1) Die Krankenversicherungsträger haben nach Maßgabe dieser Richtlinien die Kosten verschriebener Heilmittel (§ 136 ASVG, § 64 B-KUVG, § 92 GSVG, § 86 BSVG) einschließlich der allenfalls notwendigen Mittel zu ihrer Applikation sowie die Kosten verschriebener Heilbehelfe (§ 137 ASVG, § 65 B-KUVG, § 93 GSVG, § 87 BSVG) zu

tragen, soweit sie von einer zur Verordnung berechtigten Person verschrieben wurden und 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 zur Abgabe berechtigten Stellen, wenn ein von einer zur Verordnung berechtigten Person, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung ausgestelltes gültiges Kassenrezept (§ 14), eine Suchtgiftverschreibung (inkl. jene zur Substitutionstherapie) oder ein gültiger Verordnungsschein (§ 17) vorliegt oder wenn ein Rezept eines Wahlarztes, einer Wahlärztin oder einer Wahleinrichtung gemäß § 350 Abs. 2 ASVG einem Kassenrezept 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 durch eine zur Abgabe berechnete Stelle erfolgt sein.

(4) Soweit Heilmittel oder Heilbehelfe nicht nach diesen Richtlinien, nach dem Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4 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 die zur Verordnung berechnete Person 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 § 9.

Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Verschreibungen

§ 4. (1) Die Verschreibung von Heilmitteln oder Heilbehelfen durch die zur Verordnung berechnete Person 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 verfügbare ökonomisch günstigste Heilmittel (der ökonomisch günstigste Heilbehelf) gewählt wurde, d.h. von mehreren im Preis gleichen verfügbaren Mitteln das geeignetste, von mehreren gleich geeigneten verfügbaren 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 oder bei Zutreffen der Voraussetzungen nach § 8 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/von der Patientin 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.

Übernahme der Kosten für Arzneispezialitäten im grünen Bereich

§ 5. (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 § 8 Abs. 3 vorliegen.

Übernahme der Kosten für magistrale Verschreibungen

§ 6. (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) in der Österreichischen

Arzneitaxe bzw. - wenn für die magistrale Zubereitung Arzneispezialitäten zu verwenden sind - diese Arzneispezialitäten im Erstattungskodex 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 Dachverbandes 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) nicht in der Österreichischen Arzneitaxe 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 die Apotheke im Einvernehmen mit dem Patienten/der Patientin und nach Zustimmung der zur Verordnung berechtigten Person die magistrale Zubereitung ohne diesen Stoff angefertigt hat.

Übernahme der Kosten für Applikationsmittel

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

Ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes

§ 8. (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 Dachverbandes. 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. von der zur Verordnung berechtigten Person begründet wurde und
2. bei der Verschreibung die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Abs. 1 und 2) beachtet wurden.

(3) 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 dagegensprechen. 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/der Patientin 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 Patientennutzens und der Verträglichkeit der Arzneispezialität gegeben;
 - b) die verordnete Packungsgröße oder Menge einen Behandlungszeitraum bis zu drei Monaten abdeckt.

(4) 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

§ 9. (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 Ver-

wendung unterliegen, dürfen ohne vorherige ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes nur dann verschrieben werden, wenn die zur Verordnung berechnigte Person 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) Die zur Verordnung berechnigte Person hat die Einhaltung der bestimmten Verwendung unter Beachtung des § 6 Abs. 3 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in seiner Patientenakte 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 § 6 Abs. 3 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung angeführten Gliederung zur Verfügung zu stellen.

Ausschluss der Kostenübernahme

§ 10. 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 § 8 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 verfügbaren Arzneispezialität/en entsprechen, es sei denn, dadurch wird eine ökonomischere Krankenbehandlung als durch die entsprechende/n Arzneispezialität/en gewährleistet.

Übernahme der Kosten in Notfällen

§ 11. (1) Die Kosten für Heilmittel sind ohne die ansonsten erforderliche ärztliche Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes zu übernehmen, wenn sie am Ausstellungstag der Verordnung oder am darauffolgenden Tag abgegeben wurden und die zur Verordnung berechnigte Person auf der Verordnung

1. einen auf das Vorliegen von Lebensgefahr hindeutenden Vermerk (z. B. "per. vit.") angebracht hat oder
2. Verbandsmaterialien 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 kontrollärztliche Dienst 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 der Verordnung oder am darauffolgenden Tag erfolgen.

Übernahme der Kosten in Einzelfällen

§ 12. (1) Für Heilmittel, die in Form von Dauerverschreibungen oder Vorratsverschreibungen auf Kassenrezepten verschrieben wurden, sind keine Kosten zu übernehmen, außer aufgrund von Dauerverschreibungen im Sinne des § 21 der Suchtgiftverordnung oder bei einer Bewilligung des chef- oder kontrollärztlichen Dienstes bei Vorliegen der Ausnahmebestände des § 8 Abs. 3.

(2) Hat die zur Verordnung berechnete Person ein Heilmittel verschrieben und hiezu unzulässigerweise vermerkt, dass die zur Abgabe berechnete Stelle 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 zur Verordnung

§ 13. Sind die Formulare zur Verordnung nicht bundeseinheitlich gestaltet, dann hat die Österreichische Gesundheitskasse, in Abstimmung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern, die betreffenden Formulare den zur Verordnung berechtigten Personen zur Verfügung zu stellen.

Gültigkeit von Kassenrezepten

§ 14. (1) Ein Kassenrezept oder eine Suchtgiftverschreibung (inkl. jene zur Substitutionstherapie) ist gültig, wenn Folgendes vermerkt bzw. enthalten ist:

1. im Rezeptkopf:
 - a) der zuständige Krankenversicherungsträger;
 - b) eine e-Rezept ID, sofern ein e-Rezept ausgestellt wurde;
 - c) Vorname, Familienname und die 10-stellige Versicherungsnummer (wenn keine Versicherungsnummer eruiert werden kann, jedenfalls das Geburtsdatum) des Patienten/der Patientin, für den das Heilmittel bestimmt ist;
 - d) bei Inanspruchnahme von Leistungen durch in anderen EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz versicherte Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzende Anspruchsbescheinigung ist jedenfalls auch die bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer anzuführen. Soweit vorhanden müssen diese Daten mit den Angaben am Kassenrezept übereinstimmen. Der Apotheker/die Apothekerin hat jedoch nicht für die Richtigkeit der Angaben einzustehen;
 - e) wenn das Kassenrezept eine Verschreibung für Angehörige enthält, auch Vorname, Familienname und Versicherungsnummer des/der Versicherten;
 - f) für nicht krankenversicherte Personen, die der Österreichischen Gesundheitskasse aufgrund gesetzlicher Vorschrift oder aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens zur Betreuung zugeteilt sind, ein auf die rechtliche Grundlage der Betreuung durch die Österreichische Gesundheitskasse hindeutender Vermerk (z. B. „KOVG“);
 - g) bei einer Suchtgiftverordnung (inkl. jener Substitutionstherapie) hat die Suchtgiftvignette entsprechend den Bestimmungen der Suchtgiftverordnung auf dem Rezept angebracht zu sein. Bei einer Suchtgiftverordnung im Wege des „elektronischen Rezepts“ (e-Rezept) des elektronischen Verwaltungssystems gemäß § 31a ASVG hat die Kennzeichnung als Suchtgiftverschreibung über ein in e-Rezept bereitgestelltes Kennzeichnungsfeld zu erfolgen.
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 zur Verordnung berechtigten Person oder einer Vertragseinrichtung oder des Stempels einer eigenen Einrichtung der Krankenversicherungsträger; bei Fehlen eines Stempels der in Blockschrift oder Maschinschrift beigesetzte Name und Berufssitz sowie die Vertragspartnernummer des Arztes/der Ärztin; bei EDV bedruckten Papierrezepten ersetzt der Aufdruck des Namens, der Adresse und der Vertragspartnernummer die Stampiglie; bei e-Rezepten sind Name, Berufssitz und Vertragspartnernummer der verschreibenden Person im e-Rezept Datensatz gespeichert.
 - b) die eigenhändige Unterschrift des/der verschreibenden Vertragsarztes/Vertragsärztin, der zur Verordnung berechtigten Person, des Arztes/der Ärztin einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung des Krankenversicherungsträgers; wird ein elektronisches Kassenrezept ausschließlich in einem dem Stand der Technik entsprechend abgesicherten Netzwerk nach § 6 Abs. 1 Z 1 GTelG verwendet, kann eine elektronische Signatur verwendet werden.

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

Korrektur oder Ergänzung von Rezeptangaben

§ 15. (1) Wurden die im § 14 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 der verschreibenden Person versehen wurde.

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

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

Zeitliche Begrenzung der Gültigkeit von Kassenrezepten

§ 16. (1) Die Kosten für Verschreibungen der zur Verordnung berechtigten Person auf Kassenrezepten dürfen vom Krankenversicherungsträger nur übernommen werden, wenn das Heilmittel spätestens einen Monat nach dem Ausstellungstag abgegeben wurde. Die Kosten für Substitutions-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 von der zur Abgabe berechtigten Stelle auf dem Rezept der Einreichungstag sowie die Dauer der Verzögerung und ihre Begründung vermerkt und dies mit Datum und Unterschrift (Paraphe) bzw. bei Vorliegen eines e-Rezepts in geeigneter Weise bestätigt wurde.

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

Gültigkeit von Verordnungsscheinen

§ 17. Die in den §§ 14 bis 16, ausgenommen § 14 Abs. 2 und § 16 Abs. 4, aufgestellten Vorschriften für die Gültigkeit von Kassenrezepten 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 Verschreibungen der zur Verordnung berechtigten Person 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

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

1. auf dem Kassenrezept von der zur Verordnung berechtigten Person 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/von der abgebenden Apothekerin die Unterschrift oder Paraphe beigesetzt worden ist.

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

(3) 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 Einfuhrbescheinigung gemäß § 5 des Arzneiwareneinfuhrgesetzes 2010 erteilt wurde, gilt Abs. 3 entsprechend.

Kontrolle der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Dokumentation

§ 19. (1) Der Krankenversicherungsträger hat zu kontrollieren, ob die zur Verordnung berechtigte Person bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Abs. 1 und 2) beachten.

(2) Bei Heilmitteln, die auf einem Kassenrezept 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 Verbandsmaterialien, 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 Behandlung zu klären, hat dies durch den chef- oder kontrollärztlichen 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 § 9 zu kontrollieren.

Ärzt muster

§ 20. Für Ärztemuster sind keine Kosten zu übernehmen.

Verschreibung auf Privatrezepten

§ 21. Für Heilmittel, die auf einem Privatrezept verschrieben und vom Patienten/von der Patientin 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 12, 15 und 18 bis 20 dieser Richtlinien gelten sinngemäß.

Wirksamkeitsbeginn

§ 22. (1) Diese Richtlinien treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2005 (RöV 2005), verlautbart unter avsv Nr. 5/2005, zuletzt geändert durch avsv Nr. 29/2006, treten mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

Beilage

DOKUMENTATION

gemäß § 4 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

RE2-PRÄPARATE

Vor- und Familienname des Patienten/der Patientin

Versicherungsnummer

KV-Träger

--	--	--

Verordnete Arzneispezialität (inkl. Anzahl der Packungen, Packungsgröße, Dosierung etc. – lt. Rezeptangaben)

1.	
----	--

Voraussichtliche Behandlungsdauer (wenn nicht Dauermedikation)

2.

--

Diagnose im Volltext oder vereinbarte softwareunterstützte Codierung

3.	
----	--

Achtung!

Falls die Diagnose nicht unter die besondere Verwendung subsumierbar ist, ist die ärztliche Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der SV-Träger jedenfalls einzuholen.

4.	Auflistung von verfügbaren Vergleichspräparaten (inkl. Angabe der Dosierung) aus dem grünen Bereich *)	Begründung, warum die nebenstehenden Vergleichspräparate aus dem grünen Bereich für die Behandlung nicht zweckmäßig und wirtschaftlich sind (§ 4 RöV)
Arzneispezialitäten mit gleichem Wirkstoff, wenn billiger bzw. Arzneispezialitäten mit anderem Wirkstoff, aber zumindest teilweise deckungsgleichem Anwendungsbereich:		
a)		
b)		
c)		

*) entfällt, wenn kein Vergleichspräparat verfügbar ist.

Verordnungsrelevante Patientendaten (Auf Datum und Fundstelle der Patientendokumentation kann verwiesen werden. Bei nachfolgender Kontrolle sind die entsprechenden Unterlagen mitzuliefern.)

5.	Anamnese (inkl. Körpergröße und -gewicht)	
6.	Vorbehandlungsdaten	
7.	Befunddaten	

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorliegenden Dokumentation und nehme zur Kenntnis, dass eine mangelhafte (unvollständige) Dokumentation gemäß § 5 Abs. 5 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung entsprechend sanktioniert werden kann.

Datum:

Stempel und Unterschrift:

FOLGEVERORDNUNGEN

DB HG 16122004

*

Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2024 (RöV 2024) wurden von der Konferenz der Sozialversicherungsträger in ihrer Sitzung vom 20.12.2023 beschlossen.

Für den Dachverband der Sozialversicherungsträger:**Reischl****Pazourek**

Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	
	Unterzeichner	CN=Dachverband der Sozialversicherungsträger, OU=Dachverband der Sozialversicherungsträger, O=Dachverband der Sozialversicherungsträger, C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2023-12-21T09:18:44+01:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-05, OU=a-sign-corporate-05, O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH, C=AT
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at . Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialversicherung.at/verifikation/	