

6 DIE VERORDNUNG VON MEDIKAMENTEN

Jeder Arzt, der seine Ausbildung zum Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin abgeschlossen hat, darf Heilmittel, Medikamente, Heilbehelfe etc. verordnen.

6.1 Arzt und Apotheker

Die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern ist wichtig, um das Vertrauen der Patienten in der Medikamentenversorgung zu erhalten, d.h. vor der Niederlassung ist eine Kontaktaufnahme mit den umliegenden Apotheken sehr empfehlenswert.

Informationen, die zwischen Arzt und Apotheker regelmäßig fließen sollten:

- Einführung neuer Medikamente
- Hinweise auf Medikamentenmissbrauch
- Vorschläge zur besseren Bevorratung
- Absprache über Impfkationen
- Gegenseitige Kritik und Anregungen
- Arzneimittelzwischenfälle

6.2 Grundsätzliches zum Erstattungskodex und zu chef- und kontrollärztlichen Bewilligungen:

Der **Erstattungskodex** enthält die auf Kosten der Sozialversicherung verschreibbaren Arzneimittel. Arzneimittel können daher nur dann auf Kosten der Krankenversicherungsträger verschrieben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind. Lediglich in besonders begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist (No-Box-Medikament) und eine chef- und kontrollärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes vorliegt. Der Erstattungskodex gliedert sich in einen grünen, einen gelben und einen roten Bereich.

Der **Grüne Bereich** enthält jene Arzneispezialitäten, welche entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen in der als frei verschreibbar angegebenen Menge ohne die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes abgegeben werden dürfen.

Der **Gelbe Bereich** enthält jene Arzneispezialitäten, welche einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten aufweisen und die aus medizinischen und/oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen wurden. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des medizinischen Dienstes übernommen. Für einzelne Arzneispezialitäten des Gelben Bereiches, deren Aufnahme sich auf eine bestimmte Verwendung bezieht, ist vorgesehen, dass die ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann. Diese Arzneispezialitäten sind mit RE 2 gekennzeichnet. Anstelle der Einholung der vorherigen Bewilligung des medizinischen Dienstes ist bei diesen Arzneimitteln die Einhaltung der bestimmten Verwendung in der Patientenkartei zu dokumentieren. Werden RE 2 gekennzeichnete Arzneispezialitäten ohne oder nur mit mangelhafter Dokumentation verschrieben, so kann es nach einem abgestuften Verfahren (Verwarnung, Rückzahlung, ausnahmslose Vorabbevolligungspflicht) zu einer Kündigung des Kassenvertrages kommen.

Der **Rote Bereich** enthält zeitlich befristet jene Arzneispezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind und für deren Aufnahme in den Erstattungskodex ein Antrag gestellt wurde. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen einer ärztlichen Bewilligung des medizinischen Dienstes übernommen. Dieser Bereich wird aufgrund der häufigen Änderungen nur im Internet (www.avsv.at) veröffentlicht.

Seit 1.1.2005 ist eine erforderliche chef- und kontrollärztliche Bewilligung vom verordnenden Vertragsarzt einzuholen. Die Einholung der Bewilligung darf nicht auf den Patienten übertragen werden.

Aufgrund des Apothekergesamtvertrages ist mit 1.4.2006 die bis dahin vorhandene „Filterfunktion“ der Apotheken bei der Verschreibung bewilligungspflichtiger Medikamente entfallen. D.h. Sofern ein gültiges Kassenrezept vorliegt, geben die Apotheken - ohne weitere Kontrolle - die auf dem Kassenrezept verordneten Arzneimittel auf Kosten der Krankenversicherungsträger ab. Das gesamte finanzielle Risiko der Medikamentenverschreibung liegt seit 1.4.2006 beim verordnenden Arzt (Ausnahme: ausländische Präparate, enterale Ernährung und Medizinalprodukte – bei diesen Produkten ist die ABS-Bewilligung dem Rezept anzuhängen, die Diagnose ist jedoch unkenntlich zu machen (z.B. mit einem dicken schwarzen Filzstift)).

Für Arzneispezialitäten und magistrale Zubereitungen, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch – siehe insbesondere § 351c Abs. 2 ASVG bzw. EKO) müssen daher unbedingt Privatrezepte verwendet werden.

6.3 Ökonomische Verschreibung von Arzneimitteln:

Die bestehenden Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) sehen vor, dass bei mehreren therapeutisch geeigneten Heilmitteln das ökonomisch günstigste Heilmittel zu wählen ist. Im Rahmen des Kassensanierungspaketes im Jahr 2009 wurde zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Konkretisierung dieser RöV vereinbart, dass auf regionaler Ebene durchsetzbare Regelungen zu treffen sind, denen zufolge bei medizinischer Vertretbarkeit (unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance) die Verordner die Verpflichtung haben, die kostengünstigste Arzneispezialität zu verschreiben, wobei die Gesamtvertragspartner bei der Konkretisierung der kostengünstigsten Arzneispezialität auf wirkstoffgleiche und wirkstoffähnliche Arzneispezialitäten sowie Biosimilars Bedacht zu nehmen haben.

Im Gesamtvertrag mit der ÖGK ist daher verankert, dass die Vertragsärzte bei medizinischer Vertretbarkeit (diese ist z.B. bei nachgewiesener Allergie gegen einen Inhaltsstoff nicht gegeben) und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance verpflichtet sind, die kostengünstigste wirkstoffgleiche Arzneispezialität (für wirkstoffähnliche Arzneispezialitäten sowie Biosimilars gilt diese Verpflichtung erst, wenn es zwischen ÖÄK und Dachverband zu einer entsprechenden gesamtvertraglichen Regelung kommt – dies ist derzeit noch nicht der Fall) vor allem bei Neueinstellungen, aber auch bei Folgeverordnungen zu verschreiben. Diese Verpflichtung gilt grundsätzlich auch bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Krankenbesuchen, es sei denn, die im Rahmen des Krankenbesuches verordnete Arzneispezialität wird nicht regelmäßig vom Vertragsarzt verordnet. Um diese Verpflichtung einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein Ökotool als Webversion unter folgendem Link zur Verfügung:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844503&portal=svportal>

Vertragsärzte mit Arztsoftware haben das Ökotool sofern technisch möglich in ihre Software zu integrieren. Für die Implementierung des Ökotools in die Arztsoftware erhält jeder Vertragsarzt von der ÖGK einen einmaligen Zuschuss in Höhe der vom Arztsoftwareanbieter verrechneten Kosten, max. jedoch in Höhe von € 220.-, sofern er eine Bestätigung des Arztsoftwareanbieters, wonach das Ökotool gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen funktionsfähig in die Arztsoftware integriert ist, und eine entsprechende bezahlte Rechnung der ÖGK, vorlegt.

6.4 TNF-alpha-Blocker:

Die ÖGK verlangt für Fachärzte für Innere Medizin - sofern sie diese Medikamente verordnen möchten - dass diese vor Aufnahme in die Liste der verordnungsberechtigten Ärzte folgende Fortbildung der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen müssen:

Eine alle 3 Jahre wiederholende rheumatologische Fortbildung wie den EULAR oder Ähnliche, die auch das Thema der "Biologicals" beinhaltet, im Ausmaß von 14,5 bis 18 Stunden.

Zusätzlich haben alle in diese Liste aufgenommenen Fachärzte für Innere Medizin eine solche Fortbildung alle 3 Jahre zu absolvieren und der Ärztekammer für Vorarlberg nachzuweisen. Nähere diesbezügliche Informationen sind beim Abteilungsleiter des medizinischen Dienstes der ÖGK in Vorarlberg sowie im Kammeramt erhältlich.

6.5 e-Medikation:

Die Ärztekammer, die Apothekerkammer sowie die Vorarlberger Gebietskrankenkasse haben sich aufgrund des erfolgreichen Verlaufes der Probephase im September und Oktober 2017 in Dornbirn entschlossen die e-Medikation (nicht jedoch den e-befund) in Vorarlberg im Jänner 2018 auszurollen und verpflichtend für alle Vertragsärzte und öffentlichen Apotheken flächendeckend per 1. Februar 2018 zum Einsatz zu bringen.

Die ÖGK-Vertragsärzte in Vorarlberg sind daher verpflichtet, seit 01.02.2018 ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit. b GTelG im Informationssystem „e-Medikation“ bei der Verordnung zu speichern, sofern dies nicht durch die Ausübung von Teilnehmerrechten ausgeschlossen oder aus sonstigen Gründen (z.B. Offline-Betrieb, Hausbesuche etc.) nicht bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Sie haben das Recht, ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit b GTelG, die im Informationssystem e-Medikation auffindbar sind, unter Berücksichtigung ihrer Berufspflichten (§ 49 ÄrzteG) zu ermitteln, sofern im GTelG nichts Anderes, etwa durch die Ausübung von Teilnehmerrechten gemäß § 16 GTelG, festlegt ist.

Die Prüfung von Wechselwirkungen erfolgt in der Eigenverantwortung des jeweiligen Arztes. Nach den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes sind die Ärzte verpflichtet, über die ELGA-Patientenrechte in Form eines leicht lesbaren, gut sichtbaren und zugänglichen **Aushanges** in Ihren Räumlichkeiten zu informieren (der Aushang ist im Kammeramt erhältlich).

Situatives Opt-Out:

Auf Grund der datenschutzrechtlichen Anforderungen wurde im Gesundheitstelematikgesetz (§ 16 Abs 2 Z 2) die Möglichkeit des „*situativen Opt-Out*“ für ELGA Gesundheitsdaten und Medikamente verankert. Das bedeutet, dass der Patient der Aufnahme einzelner oder mehrerer Arzneimittel in die e-Medikation widersprechen kann. Die Entscheidung dafür liegt beim Patienten selbst. Der Arzt hat aber gegenüber seinen Patienten eine Informationspflicht, insbesondere dann, wenn es um die Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten geht, die sich auf HIV-Infektionen, psychische Erkrankungen, Ergebnisse aus genetischen Analysen des Typs 2 und 3 (§ 71a Abs. 1 Gentechnikgesetz) oder Schwangerschaftsabbrüche beziehen.

a) Wann hat die Information über das situative Opt-Out zu erfolgen?

Da eine Aufklärung sinnvollerweise nur vor der zu treffenden Entscheidung erfolgen kann, hat die Information jedenfalls zu Beginn des Behandlungs- oder Betreuungsfalles vorzuliegen.

b) Besteht nur bei Hauptdiagnosen oder auch bei Nebendiagnosen eine Informationspflicht über das situative Opt-Out?

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die nach Durchführung aller Untersuchungen der Hauptgrund/Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten ist. Die Informationspflicht über das situative Opt-Out bezieht sich nur auf Hauptdiagnosen. Die Informationspflicht auch für Nebendiagnosen vorzusehen, würde wesentliche Prinzipien des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, wie eine

- maximale Patient/inn/en/sicherheit,
- eine verbesserte, schnellere Verfügbarkeit medizinischer Informationen,
- die Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsdienstleistungen,
- die Aufrechterhaltung einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung oder
- die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

beeinträchtigen.

c) Wie oft hat die Information über das situative Opt-Out zu erfolgen?

Die Information hat nur einmal pro Behandlungs- oder Betreuungsfall stattzufinden. „Logische Klammer“ des Behandlungs- oder Betreuungsfalls ist der Krankheitsfall, unabhängig von der Abrechenbarkeit einzelner Teilleistungen in Laufe der Betreuung des Krankheitsfalls. Die Dauer des Behandlungs- oder Betreuungsfalls kann nur anhand der konkreten Umstände des jeweiligen Einzelfalls verlässlich beurteilt werden und durchaus auch mehr als 24 Monate betragen (OGH 17.09.2014, 7 Ob 143/14a), insbesondere dann, wenn es sich um die Betreuung einer chronisch erkrankten Person handelt. Man spricht hier auch von einer „fortgesetzten Behandlung“, heißt die Information hat zu Beginn des Behandlungs- und Betreuungsfalls zu erfolgen und nicht bei jedem erneuten Ordinationsbesuch oder jeder einzelnen Verschreibung im Zuge dieser fortgesetzten Behandlung.

d) Besteht die Hinweispflicht neben den 4 genannten Fällen auch in Fällen der Substitutionsbehandlung?

Die Aufzählung der Informationsfälle im Gesundheitstelematikgesetz (psychische Erkrankungen, HIV-Infektionen, Schwangerschaftsabbrüche, gentechnische Untersuchungen/Analysen) ist eine demonstrative. D.h. auch andere Fälle, in denen möglicherweise stigmatisierende Informationen in ELGA gelangen könnten, sind von der Informationspflicht umfasst. Zu diesen Fällen zählt sicherlich auch eine Substitutionsbehandlung. Aber auch hier gilt: Nicht bei jeder einzelnen Verordnung entsteht die mögliche Hinweispflicht sondern am Beginn einer Substitutionsbehandlung.

e) Kann die Informationspflicht auch mit einem Formular wahrgenommen werden?

Ja - ein Muster kann im Kammeramt angefordert werden.

Es ist nicht vorgegeben, in welcher Form die Information an den Patienten zu erfolgen hat. Es wird empfohlen, einen entsprechenden Ausdruck des Hinweises vom Patienten unterschreiben zu lassen und der Krankengeschichte beizulegen, um nachträglich ein ausgesprochenes situatives Opt-Out beweisen zu können.

f) Ist auch auf die potentiellen, negativen Konsequenzen eines situativen Opt-Outs hinzuweisen?

Diese Hinweispflicht ist nicht ausdrücklich im Gesundheitstelematikgesetz geregelt, allerdings können die gesundheitlichen Folgen eines erklärten situativen Opt-Outs für ELGA-Teilnehmer/innen wesentlich gravierender sein, als eines – mangels Information– nicht erklärten situativen Opt-Outs. Es darf daher von einem sorgfältigen Arzt erwartet werden, im Rahmen seiner Aufklärungspflicht auch die Risiken und Folgen eines situativen Widerspruchs zu erörtern. Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass die Informationspflicht iZm dem situativen Opt-Out auch durch Formulare erfüllt werden kann. Dabei ist auf allfällige (medizinische) Nachteile eines situativen Opt-Outs hinzuweisen (das im Kammeramt erhältliche Formular enthält einen entsprechenden Hinweis).

6.6 Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei der ÖGK:

Eine Verordnung von Heilmitteln auf Kosten der ÖGK darf nur für deren Versicherte und Angehörige bzw. für Versicherte und Angehörige anderer EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz unter Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzenden Anspruchsbescheinigung, erfolgen.

Beim Ausfüllen des Rezeptformulares (händisch oder EDV-unterstützt) muss ab 1. Jänner 2020 als leistungszuständiger Krankenversicherungsträger die „**ÖGK**“ **mit** dem jeweiligen Bundesland aufscheinen:

ÖGK-W für Wien,
ÖGK-N für Niederösterreich,
ÖGK-B für Burgenland,
ÖGK-K für Kärnten

ÖGK-ST für Steiermark,
ÖGK-S für Salzburg,
ÖGK-O für Oberösterreich,
ÖGK-T für Tirol und
ÖGK-V für Vorarlberg.

1. Die in der Anlage 1 aufgelisteten Arzneimittel können unter den dortigen Voraussetzungen verordnet werden (ehemalige **Positivliste, ausländische Medikamente, € 9,95 Regelung,...**).

2. **Grüner Bereich des Erstattungskodex:**

- a) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB.: Facharztbeschränkung, Indikation) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes
 - in dringlichen Fällen mit Facharzteinschränkung, in denen eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
 - Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch einen nach dem EKO berechtigten Facharzt können Folgeverordnungen auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von dem nach dem EKO berechtigten Facharzt durchgeführt werden.
 - Medizinische Notwendigkeit von alternativen Darreichungsformen eines Arzneimittels (über F2J, F6J und F 14 hinaus).

In diesen Fällen sind die Gründe für das Abgehen von den im grünen Bereich des Erstattungskodex genannten einschränkenden Regelungen in der Arztkartei des verordnenden Arztes wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann bzw. warum eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
- Folgeverordnung: Vorliegen eines Arztbriefes des Erstverordners, in dem die Verordnung dokumentiert ist
- F2J, F6J und F14: medizinische Gründe, weshalb die Verordnung einer anderen im grünen Bereich ohne Einschränkung enthaltenen Darreichungsform nicht möglich ist.

Eine besondere Kennzeichnung dieser Verordnungen auf dem Rezept ist in diesen Fällen nicht notwendig (ausgenommen per.vit. bei Lebensgefahr). Allerdings wäre hinsichtlich der Notfälle und dringlichen Fälle bei Nichterreichbarkeit des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der/die Patient/in dahingehend aufzuklären, dass eine Abgabe in der Apotheke nur am gleichen Tag oder während der Sperrzeit bis zur Öffnung am nächsten Tag und nur in Form der kleinsten zum Apothekenverkehr zugelassenen Packung möglich ist.

- b) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex hingegen eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung) festgelegt ist, der verschreibende Arzt

diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 2a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe- willigung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) beim medizinischen Dienst eingeholt werden.

Eine Anfrage wird seitens des medizinischen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Bewilligungsanfrage von Montag bis Freitag (ausgenommen Feiertag) in der Zeit von 7.00 Uhr bis 19.30 Uhr und am Samstag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspanne einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt. Bewilligungsanfragen, die außerhalb der Kernzeit von Montag bis Freitag, 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr bei der ÖGK einlangen werden zur Bearbeitung an ein Kompetenzzentrum weitergeleitet. Für den Fall, dass ein Bewilligungsansuchen wegen eines Systemausfalles nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert, ist eine entsprechende Verschreibung ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung gegen Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei zulässig. Für den Fall, dass eine Antwort des chef- und kontrollärztlichen Dienstes nicht innerhalb der oben beschriebenen Frist von 30 Minuten erfolgt, reicht ebenso eine Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei für die Verschreibung aus.

Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

- c) Die im grünen Bereich des Erstattungskodex aufgelisteten Arzneispezialitäten können ohne ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes verschrieben werden, wenn die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten und allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkungen (zB Indikationen, Facharztbeschränkungen) eingehalten werden. Bei Arzneispezialitäten, bei denen „IND“ angeführt ist, und die gemäß der Indikation eingesetzt werden, ist auf dem Rezept der Vermerk „IND“ anzubringen.

3. hellgelber Bereich des Erstattungskodex (RE 2):

- a) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe für das Abgehen von diesen im hellgelben Bereich des Erstattungskodex genannten Einschränkungen sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 2a) aufzuklären.

- b) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 3a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe willigung mittels elektronischem

Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) beim medizinischen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte.

Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

- c) Bei regelkonformen Verschreibungen aus dem hellgelben Bereich des Erstattungskodex (RE 2) ist vom verschreibenden Arzt eine der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung der Gesundheitsministerin entsprechende Dokumentation anzufertigen, die im Nachhinein durch den medizinischen Dienst kontrolliert werden kann. Dabei ist folgendes in der Arztkartei zu dokumentieren:

- Begründung, warum Sie bei Verschreibung eines Arzneimittels aus dem gelben Bereich nicht ein therapeutisch gleichwertiges Arzneimittel aus dem grünen Bereich verordnen
- Rezeptdaten (Name des Patienten, VSNR, Verordnungsdatum, Name des Medikamentes, Dosierung - „Rezept-Kopie“)
- Diagnose im Volltext oder auf Basis einer softwaregesteuerten Codierung
- Anamnese und Vorbehandlungsdaten, medizinische Befunde (Nachweis der bestimmten Verwendung (=Einhaltung der EKO-Regel). Es ist nachvollziehbar festzuhalten, dass die durch den EKO bestimmte Regel zutrifft).

Diese Daten sind bei einer Kontrolle durch den medizinischen Dienst diesem in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

Folgt der verschreibende Arzt der Verordnungsempfehlung eines vorverordnenden Facharztes bzw. einer vorverordnenden Krankenanstalt, so hat er die Dokumentation des Vorverordners nachzuweisen. Wenn ihm diese Dokumentation nicht bereits mit der Verordnungsempfehlung übermittelt wurde, hat er sie schriftlich, per Telefax oder per E-Mail beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Ist die vom vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt übermittelte Dokumentation offensichtlich unvollständig, so hat der verschreibende Arzt eine Vervollständigung derselben schriftlich, per Telefax oder per E-Mail beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Solange der Vorverordner der schriftlichen Aufforderung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Folgeverordner zur Befolgung der Verordnungsempfehlung berechtigt.

Die Nichtbefolgung einer Aufforderung durch den Vorverordner binnen 4 Wochen ist der Verletzung der Dokumentationspflicht (§ 5 Abs 5 HBKV) gleich zu halten.

Bei Vertretungen (zB.: Urlaub, Krankheit, Wochenende,...) wird von der ÖGK anerkannt, dass die Vertretung auf die Dokumentation des vertretenen Arztes verweisen kann.

4. **dunkelgelber (RE 1) und roter Bereich des Erstattungskodex:**

- a) Medikamente aus dem dunkelgelben oder roten Bereich des Erstattungskodex können in folgenden Fällen ohne Einholung einer chef- und kontrollärztlichen Bewilligung verschrieben werden:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe hierfür sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 2a) aufzuklären.

- b) In allen anderen Fällen muss für Medikamente aus dem dunkelgelben (RE 1) oder roten Bereich des Erstattungskodex eine **Vorabewilligung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)** beim chef- und kontrollärztlichen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte.

Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. .

5. Sofern ein Arzneimittel, das nicht im Erstattungskodex aufgelistet ist (= No-Box) und auch nicht in der Anlage 1 als bewilligungsfrei genannt ist, verschrieben werden soll, muss eine **Vorabewilligung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)** beim medizinischen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte.

Das Kassenrezept darf dem Patienten nur dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

6. Die nunmehr mit der Österreichischen Gesundheitskasse abgeschlossene Zielvereinbarung ist mit 31. Juli 2022 befristet. Eine Verlängerung für jeweils höchstens weitere zwei Jahre ist möglich, wenn die vereinbarten Kostenziele erreicht werden. Die Erreichung der Ziele setzt daher voraus, dass alle Vertragsärzte ihren Patienten Arzneimittel möglichst ökonomisch verschreiben.

7. Die Ausstellung von Privatrezepten durch Vertragsärzte zur Umgehung von Dokumentations- und Bewilligungspflichten während der Geltungsdauer dieser Zielvereinbarung ist unzulässig.

In folgenden Fällen müssen jedoch unbedingt - eindeutig als solche gekennzeichnete - Privatrezepte durch Kassenvertragsärzte ausgestellt werden:

- Verordnung von Arzneyspezialitäten und magistralen Zubereitungen, die nicht in die Leistungspflicht der ÖGK fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch,...)

Zusätzlich können insbesondere in folgenden Fällen - eindeutig als solche gekennzeichnete -Privatrezepte durch Kassenvertragsärzte ausgestellt werden:

- Der Kassenvertragsarzt stellt eine ABS-Anfrage an den medizinischen Dienst, die chef- und kontrollärztliche Bewilligung wird jedoch nicht erteilt, da die für dieses Medikament erforderliche EKO-Regel nicht zutrifft. Es gibt auch kein entsprechendes in die Leistungspflicht der Kasse fallendes Alternativmedikament. Wünscht der Patient dieses Medikament nach entsprechender Aufklärung durch den Vertragsarzt dennoch ausdrücklich, so kann ihm ein Privatrezept ausgestellt werden.
- Der Kassenvertragsarzt stellt eine ABS-Anfrage an den medizinischen Dienst, die chef- und kontrollärztliche Bewilligung wird jedoch abgelehnt, da es ein „kostengünstigeres“ Alternativmedikament (zB. ein Generikum) gibt. Wünscht der Patient nach entsprechender Aufklärung durch den Vertragsarzt dennoch das angefragte Medikament ausdrücklich, so kann ihm ein Privatrezept ausgestellt werden.

Bei Verwendung der von der Kasse zur Verfügung gestellten Rezeptformulare als Privatrezept ist unbedingt der aufgedruckte EAN-Code (Barcode) zu entwerfen und der Vermerk „PRIVAT“ auf dem Rezept anzubringen.

8. Arzneimittel, die für ÖGK-Versicherte während einer bzw. für eine Untersuchung oder Behandlung in der Ambulanz einer Krankenanstalt bzw. während oder für einen stationären Aufenthalt benötigt werden, dürfen nicht auf Kassenrezepten verschrieben werden (zB. Thyrogen).

9. Haftung:

Hat der Vertragsarzt keine Bewilligung eingeholt, haftet er für die der Kasse durch die Verordnung tatsächlich entstandenen Kosten unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite). Die Kasse verzichtet (unbeschadet der Bewilligungspflicht) im Rahmen dieser Vereinbarung auf die Geltendmachung der Haftung, wenn die nicht bewilligten und ihr tatsächlich entstandenen Heilmittelkosten unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) pro Arzt und Apothekenabrechnungsmonat den Betrag von € 300,00 nicht übersteigen. Wird diese monatliche Betragsgrenze überschritten, erfolgt eine schriftliche Mitteilung an den Vertragsarzt. Der Arzt hat in diesem Fall pro Kalenderjahr in dem die Verordnung erfolgte, maximal dreimal die Möglichkeit, gegen den Abzug Einspruch zu erheben, im Rahmen dessen er sich binnen 4 Wochen ab schriftlicher Mitteilung freibeweisen kann (Nachweis, dass die Verordnung im konkreten Fall bewilligt worden wäre). Gelingt der fristgerechte Nachweis, erfolgt kein Abzug, andernfalls werden die der Kasse tatsächlich unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) entstehenden Kosten dem Arzt vom nächstfolgenden Arzthonorar bzw. Hausapothekenumsatz abgezogen. Mit dem vierten Verstoß pro Kalenderjahr verliert der Vertragsarzt die Möglichkeit des Freibeweises und es erfolgt für jeden weiteren Monat, in dem die Betragsgrenze von € 300,00 überschritten wird, ein Abzug der der Kasse tatsächlich unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) entstehenden Kosten vom Arzthonorar bzw. Hausapothekenumsatz.

Hat der Vertragsarzt eine Bewilligungsanfrage gestellt und wurde die Bewilligung durch den medizinischen Dienst nicht erteilt, haftet der Vertragsarzt für die der Kasse durch die Verordnung entstandenen Kosten (ohne Freibeweismöglichkeit).

10. Änderungen auf einem Kassenrezept:

Werden Änderungen auf einem Kassenrezept durch den Verordner vorgenommen (Verordnung eines zusätzlichen Heilmittels, Änderung des zuständigen Krankenversicherungsträgers, Änderung von Privatrezept auf Kassenrezept) sind diese Änderungen jedenfalls mit Paraphe des Verordners zu bestätigen.

Anlage 1

Anlage zur Vereinbarung im Sinne des § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

1.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung keiner Bewilligungskommunikation.

a.) inländische Arzneispezialitäten

Bezeichnung	Packungsgröße	Menge
Kamillosan Tropfen	500 ml	OP I

b.) ausländische Arzneispezialitäten

Pharma-Zentralnummer	Medikamentenname	AEP €	KKP €	asept. Zube- reitung	VGKK freie Menge
09999577	Bicanorm, 100 Filmtabletten	18,06	24,40		OP I
09002555	FML Liquifilm Allergan Augentropfen, 5 ml	4,98	6,80		OP II
09003218	Glaunorm Augentropfen, 5 ml	4,28	5,85	+ 2,00	OP II
09999531	Fluphenazin-neuraxpharm D 25 mg, 5 Stk.	49,69	69,07		
09999548	Fluphenazin-neuraxpharm D 100 mg, 5 Stk.	158,14	189,00		
09999554	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 50 Tbl.	10,44	15,55		
09999560	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 100 Tbl.	22,38	32,25		

Achtung: Namensänderung von Natriumhydrogencarbonat auf Bicanorm

2.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO (hinsichtlich Pkt. c auch solcher aus dem EKO) bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung mit den jeweils aufgelisteten Ausnahmen ebenfalls keiner Bewilligungskommunikation.

a.) Indikationsgruppen

aa) Zytostatika bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Adjuvantien,
- Anthroposophika,
- Zubereitung aus Organen und Mikroorganismen
- Phytopharmaka
- Kinasehemmer.

ab) Tuberkulostatika bis OP II

insoweit diese Arzneimittel nach aa) und ab) nachweislich in der Ordination des niedergelassenen Verordners appliziert werden.

ac) Desensibilisierungspräparate, aufgrund einer Austestung bis OP II

insoweit diese Arzneimittel außerhalb einer Krankenanstalt appliziert werden.

b.) Langzeitbewilligungen

Arzneispezialitäten, für die auf Antrag des behandelnden Arztes vom medizinischen Dienst eine Langzeitbewilligung entsprechender Packungsgrößen und -mengen erteilt wurde.

c.) Preisgrenze

Im Gegensatz zu Pkt. 2. lit. a, b und d bezieht sich die nachstehende Regelung auch auf Heilmittel aus dem EKO, wenn diese

- **dort als bewilligungspflichtig gekennzeichnet sind oder**
- **nicht gem. den dort angegebenen Voraussetzungen verschrieben werden und daher aus diesem Grund bewilligungspflichtig sind (soq. NoBox-Präparate). Diese dürfen gemäß § 31 Abs 3 Z 12 ASVG jedoch nur in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung nicht mit Arzneispezialitäten aus dem EKO durchgeführt werden kann.**

ca) In Österreich registrierte Arzneispezialitäten mit einem Kassenspreis bis einschließlich € 9,95 (ohne USt), auch als Bestandteil einer magistralen Zubereitung (Kassenspreis ca. 70% des im Austria Codex ausgewiesenen Apothekenabgabepreises) bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- reine Vitaminpräparate, auch in Kombination mit Mineralstoffen und Spurenelementen
- Vitaminpräparate als Kombination mit Analgetika
- Prophylaktika
- Impfstoffe
- Kontrazeptiva
- Schüsslersalze
- Magnesiumpräparate
- Homöopathika

cb) Magistrale Zubereitungen mit einem Gesamtkassenspreis bis einschließlich € 9,95 (ohne USt)

d.) Parenteralia

Parenteral anzuwendende, in Österreich registrierte Arzneispezialitäten in der kleinsten Verpackungseinheit bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Diagnostika lt. Austria-Codex (z.B. Thyrogen)
- Hyaluronsäure-Präparate zur intraartikulären Anwendung
- Immunglobuline
- Impfstoffe
- Kinasehemmer
- Kontrazeptiva
- Mistelpräparate
- Monoklonale Antikörper
- Papaverin
- Peripher angreifende Muskelrelaxanzien, sonstige
- Prophylaktika
- Prostaglandine
- Röntgenkontrastmittel

- Seren
- Somatostatin
- Zytokine
- Homöopathika

Die Gesamtvertragspartner kommen überein, dass weitere Ausnahmen von der Kasse einseitig festgelegt werden können, wenn dies im Sinne der Rechtsgrundlagen erforderlich ist. Sie kommen weiters überein, die Aktualität dieser Anlage anlässlich der in der Zielvereinbarung vorgesehenen Evaluierung gemeinsam zu überprüfen.

6.7 Verschreibung von Medikamenten durch Wahlärzte bei der ÖGK:

Wahlarztrezepte sind grundsätzlich Privatrezepte und vor Medikamentenabgabe durch die Apotheke auf Kosten der Sozialversicherung vom Patienten bewilligen zu lassen. Ausgenommen hiervon sind Wahlarztrezepte mit frei verschreibbaren Heilmitteln (Arzneispezialitäten und magistrale Zubereitungen) aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex - diese bedürfen keiner vorherigen Bewilligung durch die ÖGK sondern sind Kassenrezepten gleichgestellt. In Vorarlberg erhalten Wahlärzte auf Wunsch darüber hinaus eine Rezepturbefugnis von der ÖGK, damit können sie auch Heilmittel aus dem gelben und roten Bereich auf Kosten der ÖGK verordnen. Ein Rechtsanspruch auf eine Rezepturbefugnis besteht nicht.

Wichtig:

Die ÖGK hat festgelegt, dass sie Rezepturrechtsvereinbarungen nur noch dann abschließt, wenn bei Fachärzten im selben politischen Bezirk und bei Ärzten für Allgemeinmedizin im selben Sprengel lt. Stellenplan keine offene Kassenvertragsstelle vorhanden ist.

Mit Bekanntgabe des Interesses müssen die bei der Ärztekammer eingetragenen Wahlärzte einen Gesprächstermin mit der AG Behandlungsökonomie bei der ÖGK in Vorarlberg vereinbaren. Im Zuge dieses Gespräches kann eine Rezepturbefugnis-Vereinbarung unterfertigt werden, mit der sie sich insbesondere verpflichten, bei der Verwendung der Wahlarztrezepte, die sich von den herkömmlichen Rezepten nur in der Farbe unterscheiden, die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV 2005) zu beachten.

Seitens der Ärztekammer für Vorarlberg konnte erreicht werden, dass die für die Vertragsärzte gültige Zielvereinbarung (Details siehe oben) sinngemäß auch für Wahlärzte Anwendung findet sowie dass Wahlärzte auch Arzneimittel aus dem gelben und roten Bereich des Erstattungskodex auf Kosten der ÖGK verordnen können.

Jene Wahlärzte, die sich diesen Regelungen nicht unterwerfen möchten, können nur Arzneimittel aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex auf Kosten der ÖGK verordnen. Um nicht extra für solche Wahlärzte eigene Rezepte auflegen zu müssen, die dem Apotheker die Unterscheidung und damit die Kontrolle ersichtlich machen, können von diesen Wahlärzten – bis auf Widerruf - auch die von der ÖGK zur Verfügung gestellten Rezeptformulare (gelb) verwendet werden. Für Verordnungen aus dem gelben, roten und dem No-Box Bereich müssen jedoch Privatrezepte verwendet werden. Sollte es zu Missbräuchen in der Verwendung kommen, muss mit einem Einzug der Wahlarztrezepte und einem Widerruf des Rezepturrechtes gerechnet werden.

Beim Ausfüllen des Rezeptformulars (händisch oder EDV-unterstützt) muss ab 1. Jänner 2020 als leistungszuständiger Krankenversicherungsträger die „ÖGK“ **mit** dem jeweiligen Bundesland aufscheinen:

- ÖGK-W für Wien,
- ÖGK-N für Niederösterreich,
- ÖGK-B für Burgenland,
- ÖGK-K für Kärnten
- ÖGK-ST für Steiermark,
- ÖGK-S für Salzburg,
- ÖGK-O für Oberösterreich,
- ÖGK-T für Tirol und
- ÖGK-V für Vorarlberg.

Bei Unterzeichnung dieser Vereinbarung gelten daher auch für Wahlärzte folgende Bestimmungen für Arzneimittelverschreibungen auf Kosten der ÖGK:

1. Die in der Anlage 1 aufgelisteten Arzneimittel können unter den dortigen Voraussetzungen verordnet werden (ehemalige **Positivliste, ausländische Medikamente, € 9,95 Regelung...**).
2. **Dauerbewilligungen (Langzeitbewilligungen)** sind **weiterhin möglich, sofern diese über ABS eingeholt werden (hierfür ist somit eine e-card-Ausstattung notwendig!)**. **Langzeitbewilligungen können (im Gegensatz zu sonstigen chef- und kontrollärztlichen Bewilligungen) nicht im Telefaxwege eingeholt werden.**
3. **Grüner Bereich des Erstattungskodex:**
 - a) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB.: Facharztbeschränkung, Indikation) festgelegt ist und der verschreibende Arzt **hält diese einschränkende Regelung nicht ein**, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:
 - in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes
 - in dringlichen Fällen mit Facharzteinschränkung, in denen eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
 - Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch einen nach dem EKO berechtigten Facharzt können Folgeverordnungen auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von dem nach dem EKO berechtigten Facharzt durchgeführt werden.
 - Medizinische Notwendigkeit von alternativen Darreichungsformen eines Arzneimittels (über F2J, F6J und F 14 hinaus).

In diesen Fällen sind die Gründe für das Abgehen von den im grünen Bereich des Erstattungskodex genannten einschränkenden Regelungen in der Arztkartei des verordnenden Arztes wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann bzw. warum eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
- Folgeverordnung: Vorliegen eines Arztbriefes des Erstverordners, in dem die Verordnung dokumentiert ist
- F2J, F6J und F14: medizinische Gründe, weshalb die Verordnung einer anderen im grünen Bereich ohne Einschränkung enthaltenen Darreichungsform nicht möglich ist.

Eine besondere Kennzeichnung dieser Verordnungen auf dem Rezept ist in diesen Fällen nicht notwendig (ausgenommen per.vit. bei Lebensgefahr). Allerdings wäre hinsichtlich der Notfälle und dringlichen Fälle bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes der/die Patient/in dahingehend aufzuklären, dass eine Abgabe in der

Apotheke nur am gleichen Tag oder während der Sperrzeit bis zur Öffnung am nächsten Tag und nur in Form der kleinsten zum Apothekenverkehr zugelassenen Packung möglich ist.

- b) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex hingegen eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 3a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe- willigung mittels Telefax (unter Verwendung oder im Sinne des beiliegenden Dokumentationsblattes (siehe Anlage 2) oder ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden.

Eine Anfrage wird seitens des medizinischen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Anfrage an Werktagen von Montag bis Freitag zwischen 7.00 Uhr und 15.30 Uhr einlangt. Nach 15.30 Uhr einlangende Anfragen werden in der Regel bis 7.30 Uhr des nächsten Werktages beantwortet.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. Das Bewilligungsfax ist an das Rezept anzuheften.

- c) Die im grünen Bereich des Erstattungskodex aufgelisteten Arzneispezialitäten können ohne ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes verschrieben werden, wenn die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten und allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkungen (zB Indikationen, Facharztbeschränkungen) eingehalten werden. Bei Arzneispezialitäten, bei denen „IND“ angeführt ist, und die gemäß der Indikation eingesetzt werden, ist auf dem Rezept der Vermerk „IND“ anzubringen.

4. hellgelber Bereich des Erstattungskodex (RE 2):

- a) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe für das Abgehen von diesen im hellgelben Bereich des Erstattungskodex genannten Einschränkungen sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 3a) aufzuklären.

- b) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 4a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe- willigung Telefax (unter Verwendung oder im Sinne des beiliegenden Dokumentationsblattes (siehe Anlage 2) oder ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. Der Arzt hat das Bewilligungsfax an das Wahlarztrezept anzuheften.

- c) Bei regelkonformen Verschreibungen aus dem hellgelben Bereich des Erstattungskodex (RE 2) ist vom verschreibenden Arzt eine der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung der Gesundheitsministerin entsprechende Dokumentation anzufertigen, die im Nachhinein durch den medizinischen Dienst kontrolliert werden kann. Dabei ist folgendes in der Arztkartei zu dokumentieren:

- Begründung, warum Sie bei Verschreibung eines Arzneimittels aus dem gelben Bereich nicht ein therapeutisch gleichwertiges Arzneimittel aus dem grünen Bereich verordnen
- Rezeptdaten (Name des Patienten, VSNR, Verordnungsdatum, Name des Medikamentes, Dosierung - „Rezept-Kopie“)
- Diagnose im Volltext oder auf Basis einer softwaregesteuerten Codierung
- Anamnese und Vorbehandlungsdaten, medizinische Befunde (Nachweis der bestimmten Verwendung (=Einhaltung der EKO-Regel). Es ist nachvollziehbar festzuhalten, dass die durch den EKO bestimmte Regel zutrifft.

Diese Daten sind bei einer Kontrolle durch den medizinischen Dienst diesem in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

Folgt der verschreibende Arzt der Verordnungsempfehlung eines vorverordnenden Facharztes bzw. einer vorverordnenden Krankenanstalt, so hat er die Dokumentation des Vorverordners nachzuweisen. Wenn ihm diese Dokumentation nicht bereits mit der Verordnungsempfehlung übermittelt wurde, hat er sie schriftlich, per Telefax oder per E-Mail beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern. Ist die vom vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt übermittelte Dokumentation offensichtlich unvollständig, so hat der verschreibende Arzt eine Vervollständigung derselben schriftlich, per Telefax oder per E-Mail beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Solange der Vorverordner der schriftlichen Aufforderung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Folgeverordner zur Befolgung der Verordnungsempfehlung berechtigt.

Die Nichtbefolgung einer Aufforderung durch den Vorverordner binnen 4 Wochen ist der Verletzung der Dokumentationspflicht (§ 5 Abs 5 HBKV) gleich zu halten.

Bei Vertretungen (zB.: Urlaub, Krankheit, Wochenende,...) wird von der ÖGK anerkannt, dass die Vertretung auf die Dokumentation des vertretenen Arztes verweisen kann.

5. dunkelgelber (RE 1) und roter Bereich des Erstattungskodex:

- a) Medikamente aus dem dunkelgelben oder roten Bereich des Erstattungskodex können in folgenden Fällen ohne Einholung einer chef- und kontrollärztlichen Bewilligung verschrieben werden:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe hierfür sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 3a) aufzuklären.

- b) In allen anderen Fällen muss für Medikamente aus dem dunkelgelben (RE 1) oder roten Bereich des Erstattungskodex eine **Vorabewilligung mittels Telefax** (unter Verwendung oder im Sinne des beiliegenden Dokumentationsblattes (siehe Anlage 2) oder ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. Der Arzt hat das Bewilligungsfax an das Wahlarztrezept anzuheften.

6. Sofern ein Arzneimittel, das nicht im Erstattungskodex aufgelistet ist (= No-Box) und auch nicht in der Anlage 1 als bewilligungsfrei genannt ist, verschrieben werden soll, muss eine **Vorabewilligung mittels Telefax** (unter Verwendung oder im Sinne des beiliegenden Dokumentationsblattes (siehe Anlage 2) oder ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten nur dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. Das Bewilligungsfax ist nur bei Verordnungen von ausländischen Arzneyspezialitäten, enteraler Ernährung und Medizinalprodukten dem Wahlarztrezept anzuheften.

7. Die mit der ÖGK abgeschlossene Zielvereinbarung ist mit 31. Juli 2022 befristet. Eine Verlängerung für jeweils höchstens weitere zwei Jahre ist möglich, wenn die Evaluierung ergibt, dass die Kostenziele eingehalten werden. Die Erreichung dieser Ziele setzt daher voraus, dass alle Ärzte ihren Patienten Arzneimittel möglichst ökonomisch verschreiben.

8. Arzneimittel, die für ÖGK-Versicherte während einer bzw. für eine Untersuchung oder Behandlung in der Ambulanz einer Krankenanstalt bzw. während oder für einen stationären Aufenthalt benötigt werden, dürfen nicht auf Wahlarztrezepten verschrieben werden (zB. Thyrogen).

9. **Haftung:**

Siehe dazu § 5 der zu unterfertigenden Vereinbarung über das Rezepturrecht; die Regelung für Vertragsärzte betreffend der € 300.- Grenze findet mit der Maßgabe Anwendung, dass kein Honorarabzug erfolgt, sondern die Kosten dem Wahlarzt in Rechnung gestellt werden.

10. Änderungen auf einem Wahlarztrezept:

Werden Änderungen auf einem Wahlarztrezept durch den Verordner vorgenommen (Verordnung eines zusätzlichen Heilmittels, Änderung des zuständigen Versicherungsträgers, Änderung von Privatrezept auf Kassenrezept) sind diese Änderungen jedenfalls mit Paraphen des Verordners zu bestätigen.

Anlage 1

Anlage zur Vereinbarung im Sinne des § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

- 1.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung keiner Bewilligungskommunikation.

a.) inländische Arzneispezialitäten

Bezeichnung	Packungsgröße	Menge
Kamillosan Tropfen	500 ml	OP I

b.) ausländische Arzneispezialitäten

Pharma-Zentralnummer	Medikamentenname	AEP €	KKP €	asept. Zubereitung	VGKK freie Menge
09999577	Bicanorm, 100 Filmtabletten	18,06	24,40		OP I
09002555	FML Liquifilm Allergan Augentropfen, 5 ml	4,98	6,80		OP II
09003218	Glaunorm Augentropfen, 5 ml	4,28	5,85	+ 2,00	OP II
09999531	Fluphenazin-neuraxpharm D 25 mg, 5 Stk.	49,69	69,07		
09999548	Fluphenazin-neuraxpharm D 100 mg, 5 Stk.	158,14	189,00		
09999554	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 50 Tbl.	10,44	15,55		
09999560	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 100 Tbl.	22,38	32,25		

Achtung: Namensänderung von Natriumhydrogencarbonat auf Bicanorm

- 2.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO (hinsichtlich Pkt. c auch solcher aus dem EKO) bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung mit den jeweils aufgelisteten Ausnahmen ebenfalls keiner Bewilligungskommunikation.

a.) Indikationsgruppen

aa) Zytostatika bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Adjuvantien,
- Anthroposophika,
- Zubereitung aus Organen und Mikroorganismen
- Phytopharmaka
- Kinasehemmer.

ab) Tuberkulostatika bis OP II

insoweit diese Arzneimittel nach aa) und ab) nachweislich in der Ordination des niedergelassenen Verordners appliziert werden.

ac) Desensibilisierungspräparate, aufgrund einer Austestung bis OP II

insoweit diese Arzneimittel außerhalb einer Krankenanstalt appliziert werden.

b.) Langzeitbewilligungen

Arzneispezialitäten, für die auf Antrag des behandelnden Arztes vom medizinischen Dienst eine Langzeitbewilligung entsprechender Packungsgrößen und -mengen erteilt wurde.

c.) Preisgrenze

Im Gegensatz zu Pkt. 2. lit. a, b und d bezieht sich die nachstehende Regelung auch auf Heilmittel aus dem EKO, wenn diese

- dort als bewilligungspflichtig gekennzeichnet sind oder
- nicht gem. den dort angegebenen Voraussetzungen verschrieben werden und daher aus diesem Grund bewilligungspflichtig sind(sog. NoBox-Präparate). Diese dürfen gemäß § 31 Abs 3 Z 12 ASVG jedoch nur in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung nicht mit Arzneispezialitäten aus dem EKO durchgeführt werden kann.

ca) In Österreich registrierte Arzneispezialitäten mit einem Kassenpreis bis einschließlich € 9,95 (ohne USt), auch als Bestandteil einer magistralen Zubereitung (Kassenpreis ca. 70% des im Austria Codex ausgewiesenen Apothekenabgabepreises) bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- reine Vitaminpräparate, auch in Kombination mit Mineralstoffen und Spurenelementen
- Vitaminpräparate als Kombination mit Analgetika
- Prophylaktika
- Impfstoffe
- Kontrazeptiva
- Schüsslersalze
- Magnesiumpräparate
- Homöopathika

cb) Magistrale Zubereitungen mit einem Gesamtkassenpreis bis einschließlich € 9,95 (ohne USt)

d.) Parenteralia

Parenteral anzuwendende, in Österreich registrierte Arzneispezialitäten in der kleinsten Verpackungseinheit bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Diagnostika lt. Austria-Codex (z.B. Thyrogen)
- Hyaluronsäure-Präparate zur intraartikulären Anwendung
- Immunglobuline
- Impfstoffe
- Kinasehemmer
- Kontrazeptiva
- Mistelpräparate
- Monoklonale Antikörper
- Papaverin
- Peripher angreifende Muskelrelaxanzien, sonstige
- Prophylaktika
- Prostaglandine
- Röntgenkontrastmittel
- Seren
- Somatostatin
- Zytokine

- Homöopathika

Die Gesamtvertragspartner kommen überein, dass weitere Ausnahmen von der Kasse einseitig festgelegt werden können, wenn dies im Sinne der Rechtsgrundlagen erforderlich ist. Sie kommen weiters überein, die Aktualität dieser Anlage anlässlich der in der Zielvereinbarung vorgesehenen Evaluierung gemeinsam zu überprüfen.

Anlage 2:

Briefkopf des verordnenden Arztes:

1. Vor- und Familienname des Patienten/der Patientin:

2. Plausible Begründung (Diagnose und Befunde), warum dieses Medikament anstelle eines anderen bewilligungsfreien EKO-Medikamentes verordnet wird:

3. Rezept mit Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Verordnungsdatum

6.8 Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei den kleinen Kassen (SVS und BVAEB):

Die mit der ÖGK abgeschlossene Zielvereinbarung gilt nicht für die kleinen Kassen, d.h. die von der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung sowie dem Erstattungskodex abweichenden Sonderregelungen finden für die kleinen Kassen keine Anwendung.

Chef- und kontrollärztliche Bewilligungen müssen jedoch auch bei den kleinen Kassen mittels des elektronischem Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) eingeholt werden. Eine chef- und kontrollärztliche Bewilligung ist für

- die Verschreibung von IND-Präparaten des grünen Bereiches, wenn die IND-Voraussetzungen nicht erfüllt sind,
- die facharztgebundene Verschreibung von Arzneispezialitäten des grünen Bereiches, wenn die Verordnungsvoraussetzungen (siehe Bereich Zeichenerklärung des EKO) nicht erfüllt sind,
- Arzneispezialitäten des hellgelben Bereiches (RE 2), deren Verschreibung nicht der bestimmten Verwendung des EKO entspricht,
- Arzneispezialitäten des dunkelgelben Bereiches (RE 1) des Erstattungskodex,
- magistrale Verordnungen, die bewilligungspflichtige Stoffe beinhalten,
- Arzneispezialitäten des roten Bereiches des EKO,
- Arzneispezialitäten, die nicht im EKO angeführt sind, auch nicht in Österreich registrierte Arzneispezialitäten bzw. „Off-Label-Use“, bzw.
- Überschreitung der im EKO vorgegebenen Packungsgrößen bzw. -zahl,

erforderlich.

Die Verschreibung von Arzneispezialitäten aus dem hellgelben Bereich (RE 2), welche vollinhaltlich der bestimmten Verwendung des EKO entsprechen und somit der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, muss entsprechend der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung dokumentiert werden.

Eine Anfrage wird seitens des chef- und kontrollärztlichen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Bewilligungsanfrage von Montag bis Freitag (ausgenommen Feiertag) in der Zeit von 7.00 Uhr bis 19.30 Uhr und am Samstag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspanne einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt.

Für den Fall, dass ein Bewilligungsansuchen wegen eines Systemausfalles nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert, ist eine entsprechende Verschreibung ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung gegen Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei zulässig. Für den Fall, dass eine Antwort des chef- und kontrollärztlichen Dienstes nicht innerhalb der oben beschriebenen Frist von 30 Minuten erfolgt, reicht ebenso eine Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei für die Verschreibung aus.

Für Arzneimittel, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch,...) ist unbedingt ein - eindeutig als solches gekennzeichnetes - Privatrezept zu verwenden.

Verschreibung von Medikamenten durch Wahlärzte bei den kleinen Kassen (SVS und BVAEB):

Wahlärzte erhalten von den kleinen Kassen auf Wunsch ebenfalls ein Rezeptrecht. Für die Verschreibung von Arzneimitteln gelten dann dieselben Regelungen wie für Vertragsärzte, allerdings sind chef- und kontrollärztliche Bewilligungen dzt. noch per Telefax einzuholen. Das Rezeptrecht wird von der BVAEB für alle kleinen Kassen ausgestellt.

6.9 Die Suchtgiftverschreibung

6.9.1 Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften außerhalb der Substitutionsbehandlung (insb. Schmerzbehandlungen):

Suchtgifte der Anhänge I, II und IV der Suchtgiftverordnung sind auf Kassenrezepten zu verschreiben (Wahlärzte, die über kein Rezeptrecht verfügen, haben die Verschreibung auf einen Privatrezept vorzunehmen).

Auf der Vorderseite des Rezeptes hat der Arzt die Suchtgiftvignette aufzukleben (vgl. § 18 Abs 1 SuchtgiftVO).

Die Verordnung des Suchtgiftes ist vom verschreibenden Arzt in geeigneter Form zu dokumentieren.

Die Dokumentation hat die fortlaufende Alphanummerierung der auf dem Rezept aufgebrachten Suchtgiftvignette sowie die Rezeptdaten (Stampiglie des Arztes; Unterschrift des Arztes mit Vor- und Nachname [außer bei Verschreibungen des Anhangs III]; Name, Adresse und Geburtsjahr des Patienten; Bezeichnung des verordneten Arzneimittels; Darreichungsform, Menge und Stärke des verordneten Arzneimittels - die Menge des enthaltenen Suchtgiftes ist ziffernmäßig und wörtlich so anzugeben, dass die verschriebene Suchtgiftmenge eindeutig ersichtlich ist, bei Arztspezialitäten ist deren Handelsbezeichnung, die Packungsgröße und die Anzahl der verschriebenen Packungen wörtlich anzugeben, in Verschreibungen von Zubereitungen des Anhangs III der Suchtgiftverordnung sind die wörtlichen Angaben nicht erforderlich; Gebrauchsanweisung für den Patienten; Ausstellungsdatum) zu enthalten. Die Dokumentation kann zB. durch Anfertigen einer Kopie des ordnungsgemäß ausgefüllten und unterfertigten sowie mit der Vignette versehenen Rezeptes für die Patientenkartenerfolge. Bemerkung: es gibt auch digitale Lösungen je nach verwendetem Software-Programm.

Die Dokumentation nach fortlaufender Alphanummerierung der Suchtgiftvignetten und nach Ausstellungsdatum der Rezepte ist drei Jahre lang aufzubewahren (vgl. § 18 Abs 3 SuchtgiftVO) und auf Verlangen den Behörden zu übersenden oder vorzulegen.

Verschreibung im Notfall:

Im Notfall (bei Gefahr für das Leben des Patienten) ist die Verschreibung von Suchtgift auch ohne Aufkleben der Suchtgiftvignette zulässig. Die Verschreibung ist in diesen Fällen durch den Vermerk „Notfall“ zu kennzeichnen. Die Abgabe darf nur in der kleinsten im Handel erhältlichen Packung erfolgen (vgl. § 18 Abs 2 Suchtgiftverordnung).

Dauerverschreibungen von Suchtgift für Schmerzbehandlungen sind nicht mehr möglich.

6.9.2 Erhalt/Verlust der Suchtgiftvignetten und Formblättern:

Suchtgiftvignetten sind bei den Bezirkshauptmannschaften unentgeltlich erhältlich.

Die Suchtgiftvignetten sind diebstahlssicher aufzubewahren. Ein etwaiger Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist bei der Sicherheitsbehörde (Polizeidienststelle) anzuzeigen sowie unter Anführung der betreffenden Nummernfolge der verlorenen bzw. gestohlenen

Suchtgiftvignetten und einer Kopie der erstatteten Anzeige der Bezirkshauptmannschaft unverzüglich bekannt zu geben (vgl. § 22 Abs 2 und 3 SuchtgiftVO).

6.9.3 Tageshöchstmengen:

Die Höchstmengen samt „praescriptio indicata“-Vermerk für den Bereich der Patientenverschreibung sind am 1.10.2005 entfallen. Für den Praxisbedarf wurden die Tageshöchstmengen beibehalten, aber deutlich angehoben (siehe unten).

§ 15. (1) *Der Arzt oder Zahnarzt darf an einem Tag für den Praxisbedarf als Höchstmenge verschreiben:*

1.	Alfentanil	0,1000 g,
2.	Cocain	0,1000 g,
3.	Dextromoramid	0,1000 g,
4.	Fentanyl	0,1000 g,
5.	Hydrocodon	0,2000 g,
6.	Hydromorphon	1,0000 g,
7.	Methadon	1,0000 g,
8.	Methylphenidat	1,7000 g,
9.	Morphin	6,0000 g,
10.	Nicomorphin	0,2000 g,
11.	Opium	2,0000 g,
12.	Opiumextrakt	1,0000 g,
13.	Opiumtinktur	20,0000 g,
14.	Oxycodon	2,4000 g,
15.	Pantopon oder ähnliche suchtgifthaltige Zubereitungen	0,4000 g,
16.	Pentazocin	0,5000 g,
17.	Pethidin	1,0000 g,
18.	Piritramid	0,4500 g,
19.	Remifentanil	0,0500 g,
20.	Sufentanil	0,0020 g.

(2) Die Beschränkungen des Abs. 1 finden auf die Verschreibungen für einen Patienten oder für den Bedarf von Krankenanstalten keine Anwendung.

6.9.4 Psychotropenverordnung:

Mit 15.12.2012, 29.9.2014, 30.10.2017, 08.01.2021 und 29.06.2021 sind Novellen zur Psychotropenverordnung in Kraft getreten. Diese enthalten unter anderem folgende Neuerung:

Aufgrund der Novellierung unterliegen Medikamente mit dem Wirkstoff Flunitrazepam hinkünftig der Suchtgiftverschreibung. Dies bedeutet, dass die Arzneimittel Somnubene, Rohypnol und Guttanotte Gtt seit 15.12.2012 suchtgiftvignettenpflichtig sind.

Die Novelle trifft dabei keine Unterscheidung, ob es sich bei dem Patienten, für den Flunitrazepam (Somnubene, Rohypnol, Guttanotte Gtt) verschrieben wird, um einen Patienten im Substitutionsbehandlungsprogramm handelt oder nicht. Sie gilt somit für jegliche Art der Flunitrazepam-Verschreibung, sowie für sämtliche Patientengruppen.

Die Verschreibung anderer Substanzen aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine (wie zB Clonazepam, Diazepam, Nitrazepam, Oxazepam und andere) ist nicht suchtgiftvignettenpflichtig.

Gem § 10 (2) Psychotropenverordnung darf der Arzt ein Medikament, das einen psychotropen Stoff enthält, pro Verschreibung höchstens den Bedarf für 2 Monate in der hierfür in Betracht kommenden Packungsgröße verschreiben. Ist mehr Bedarf notwendig, ist der Vermerk „necesse est“ auf dem Rezept anzubringen.

Gem. § 10 (4) Psychotropenverordnung darf bei Verschreibung von Arzneimitteln, die Benzodiazepine enthalten, keine wiederholte Abgabe angeordnet werden.

6.9.5 Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften im Rahmen einer Substitutionsbehandlung:

Diesbezüglich wird auf die umfangreichen Vorschriften in der Suchtgiftverordnung sowie in der Weiterbildungsverordnung orale Substitution verwiesen. Interessierte Ärzte können diese beiden Verordnungen in der Ärztekammer für Vorarlberg anfordern oder im Rechtsinformationssystem des Bundes (www.ris2.bka.gv.at) in der Spalte „Bundesrecht/geltende Fassung“ herunterladen. Seit 1.10.2014 werden die Formulare für die Substitutionsverschreibung nicht mehr vom Bundesministerium für Gesundheit, sondern von der sozialen Krankenversicherung gedruckt und an die zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärzte verteilt.

Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die weitreichenden Änderungen in der Substitutionsbehandlung, die am 01.01.2018 in Kraft getreten sind (Änderung der Suchtgiftverordnung - BGBl. II Nr. 292/2017)

Bei Fragen zur Substitutionsbehandlung wird eine direkte Kontaktaufnahme mit den AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften empfohlen.

Es wird darauf hingewiesen, dass es für das Mitführen von psychotropen oder suchtgifthaligen Arzneimitteln im Reiseverkehr (innerhalb des Schengenraumes bzw international) entsprechende Vorlagen für Bescheinigungen in den Anlagen der Suchtgiftverordnung und der Psychotropenverordnung gibt. Diese Bescheinigungen sind von den verschreibenden Ärzten auszufüllen und von der Gesundheitsbehörde zu beglaubigen.

6.10 Verordnung von enteraler Ernährung bei der ÖGK:

Hinsichtlich der genauen Vorgangsweise bei der Verordnung von enteraler Ernährung auf Kosten der ÖGK wird eine direkte Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Dienst der ÖGK in Vorarlberg oder Herrn Manfred Kabasser von der ÖGK, Jahngasse 4, 6850 Dornbirn empfohlen.