

## **Ergänzende Infos für Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte und Vertragsgruppenpraxen**

Bewilligungspflicht/ Heilbehelfe und Hilfsmittel  
Bewilligungspflicht/ Krankenbehandlungsleistungen  
Elektronische Ordinationsbedarfsbestellung  
Hausbesuche zur Blutabnahme bei Laboruntersuchungen  
Krankenstandsmeldungen  
Rauchertelefon  
Rezeptgebührenbefreiung  
Rundschreiben  
Substitutionsrezeptformulare  
Transporte

## **Bewilligungspflicht/ Krankenbehandlungsleistungen**

Folgende Krankenbehandlungsleistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung:

- Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung  
**ACHTUNG! Wenn die Behandlung bei Vertragslogopädinnen/Vertragslogopäden in Anspruch genommen wird, ist KEINE BEWILLIGUNG erforderlich.**
- Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit  
**ACHTUNG! Wenn die Behandlung bei Vertragsergotherapeutinnen/Vertragsergotherapeuten in Anspruch genommen wird, ist KEINE BEWILLIGUNG erforderlich.**
- Physikalische Behandlungen/Physiotherapie  
**ACHTUNG! Wenn die Behandlung bei Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für physikalische Medizin und Rehabilitation, bei Vertragsinstituten für physikalische Medizin oder bei Vertragsphysiotherapeutinnen/Vertragsphysiotherapeuten in Anspruch genommen wird, ist KEINE BEWILLIGUNG erforderlich.**
- Psychotherapie ab der 11. Sitzung
- Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche
- Geplante Behandlung und Untersuchung im Ausland
- Kosmetische Behandlung
- Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung
- HELP-Therapie
- Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- Flugtransporte
- Transporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen Transport zur Dialyse, Chemo- und/oder Strahlentherapie und Unfall-Nachkontrollen in den Unfallambulanzen, wenn die Beförderung mit einem Vertragsfahrtendienst beantragt wird) ab dem 11. Transport.
- Heimdialyse
- Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard
- Computertomographie, Magnetresonanztomographie

## **Bewilligungspflicht/ Heilbehelfe und Hilfsmittel**

Folgende Heilbehelfe und Hilfsmittel bedürfen vor deren Bezug einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung:

(elektrische) Krankenfahrstühle
Atemmonitore und Herz-Atemmonitore auf Dauer und bei leihweiser Verlängerung
Bade- und Patientenlifter
Coagu-Chek-Geräte
Elektrofahrzeuge
Heimbeatmungsgeräte sowie die zur Durchführung erforderlichen Geräte (Absauggeräte, Pulsoximeter, Atemwegsbefeuchter und Accusysteme), ausgenommen Service
Hörgeräte, Sprachprozessoren
Kontaktlinsen
Krankenbetten
Kunststoffgläser
Lymphdrainagegeräte auf Dauer
Milchpumpen bei leihweiser Verlängerung
Motorbetriebene Antidekubitusmatratzen auf Dauer und bei leihweiser Verlängerung
Orthopädische Maßschuhe, wenn es sich um eine Erstversorgung handelt
Pari eFlow inklusive Zubehör
Prothesen mit elektronischen Bauteilen
Pull on
Sauerstoffkonzentratoren
Systeme (Maschinen und Zubehör) zur lokalen Unterdruck-Wundtherapie
Zubehör zu Heimbeatmungsgeräten (Filter, Schläuche, Beatmungsbestecke, Absaugkatheter, Maskensysteme etc.), wenn es sich um eine Erstversorgung handelt

## **Transporte**

Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige aufgrund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrer Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt

## **Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland übernommen und nur in folgenden Fällen**

- zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
- bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
- zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
- zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

## **Kostenanteil**

Der/Die Versicherte (Angehörige) hat an den Transportkosten pro Fahrt einen Kostenanteil zu tragen – pro Transport mindestens in Höhe der Rezeptgebühr. Pro Kalenderjahr ist der Kostenanteil mit der Höhe der 72fachen Rezeptgebühr begrenzt.

Der Kostenanteil entfällt bei Transporten für Versicherte (Angehörige)

- die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die von der Rezeptgebühr nach § 2 Abs. 2, Abs. 3 oder nach dem 2. Teil der Richtlinien des Hauptverbandes für die Befreiung von der Rezeptgebühr (RRZ 2008) befreit sind,
- die sich einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen müssen und
- bei Erster Hilfeleistung (§ 25).

### → Dauerbewilligung

Ein Antrag auf Erteilen einer Dauerbewilligung kann dann gestellt werden, wenn die Patientin/der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit nie mehr die Fähigkeit erlangen wird, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen.

Erforderlich ist, dass Sie als behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt bei potenziellen Patientinnen und Patienten einen medizinisch ausreichendbegründeten Antrag auf Ausstellen einer Dauerbewilligung an den Medizinischen Dienst der Kasse richten. Gegebenenfalls können Sie hierzu auch den grünen Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst verwenden. Dieser ist als Antrag auf Ausstellen einer Dauerbewilligung zu kennzeichnen und mit einer ausführlichen medizinischen Begründung, aus welcher abzuleiten ist, dass die Patientin/der Patient nicht mehr in der Lage sein wird ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen, zu versehen.

Die Patientin/der Patient wird mit Zusendung der Dauerbewilligung diesbezüglich aufgeklärt und überdies darauf hingewiesen, dass der Fahrausweis im Bedarfsfall mit sich zu führen und der Fahrerin/dem Fahrer des Fahrtendienstes vorzuweisen ist.

Die Kasse behält es sich vor, eine erteilte allgemeine Dauerbewilligung oder „RS-Dauerbewilligung“ für Rollstuhlfahrer/innen in begründeten Einzelfällen jederzeit zu widerrufen.

### Krankenstandsmeldungen

Krankenstandsmeldungen müssen elektronisch erfolgen. Zur Vereinfachung der Administration besteht die Möglichkeit der Kurzabmeldungen.

#### → Kurzabmeldungen

In medizinisch vertretbaren Fällen ist es möglich, den Beginn und das Ende des Krankenstandes Ihrer Patientinnen und Patienten bis zu einer Krankendauer von sieben Tagen gemeinsam zu melden. Diese Vorgangsweise reduziert auch Ihren Verwaltungsaufwand, führt zu einer rascheren und effektiveren Abarbeitung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung und reduziert die Anzahl der aus Patientensicht nicht

nachvollziehbaren Einladungen zur kontrollärztlichen Untersuchung bei relativ kurzfristigen und bereits wieder beendeten Arbeitsunfähigkeiten.

Selbstverständlich kann bei späterer medizinischer Notwendigkeit ein von Ihnen beendeter Krankenstand verlängert werden.

In solchen Fällen muss eine neue elektronische Krankmeldung mit den entsprechenden Daten und dem Hinweis „Verlängerung“ im Feld „zusätzliche Information“ übermittelt werden, die direkt an das ursprünglich bekannt gegebene Krankstandsende anschließt. Diese Meldung kann entweder gemeinsam mit einem neuen Krankstandsende oder als laufender offener Krankenstand übermittelt werden.

## **Rundschreiben**

Rundschreiben können auch via Mail bezogen werden. Wünschen Sie eine Übermittlung per Mail, so ersuchen wir Sie, uns ebenfalls per Mail Ihre Kontaktdaten zu übermitteln:

**Bitte adressieren Sie diese an: [VPReferat@wgkk.at](mailto:VPReferat@wgkk.at)**

## **Elektronische Ordinationsbedarfsbestellung**

Der für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Wiener Gebietskrankenkasse notwendige Ordinationsbedarf kann kostenlos auf elektronischem Weg angefordert werden.

Auf [www.wgkk.at](http://www.wgkk.at) haben Sie die Möglichkeit, unter der Rubrik Vertragspartner/innen in das Bestellservice-Portal zum Ordinationsbedarf zu gelangen. Sie können auch den Weg über Online-Services wählen, um zur Bestellung gelotst zu werden.

Um den Zugriff zum Bestellformular zu erhalten, ist die Eingabe der Vertragspartnernummer erforderlich. Bei erfolgreicher Eingabe sehen Sie eine Liste der verfügbaren Produktpalette, aus der Sie wählen können.

Bitte beachten Sie bei der Bestellung die allgemeinen Informationen und die nach Bezirken aufgeteilte Reihenfolge der Anforderungen.

## **Substitutionsrezeptformulare**

Substitutionsrezeptformulare können jederzeit bei der Wiener Gebietskrankenkasse nach Maßgabe des jeweiligen Bedarfs **telefonisch unter der Nummer +43 1 601 22-2349** bestellt werden.

Die bestellten Substitutionsrezeptformulare werden quartalsweise (jeweils am 2. Mittwoch im Jänner, April, Juli und Oktober) von der WGKK gedruckt und dann eingeschrieben direkt an Sie versendet.

Suchtgiftvignetten sind über die Bezirksverwaltungsbehörden zu beziehen.

## **Rauchertelefon**

Rauchertelefone haben sich international als bedeutende Tabakpräventionsmaßnahme etabliert und bieten ein niederschwelliges Angebot zur Beratung von Raucherinnen und Rauchern.

Das österreichische **Rauchertelefon** bietet Patientinnen und Patienten unter der **Nummer 0810 0810 013** montags bis freitags von 10 bis 18 Uhr Informationen und professionelle Beratung rund um das Thema Rauchstopp. Die Beratung erfolgt durch klinische Psychologinnen und Psychologen mit Zusatzausbildungen in der Tabakentwöhnung und Telefonberatung.

Mit dem Service „**Rauchfrei per Fax**“ können Sie Patientinnen/Patienten Tabakentwöhnung über das Rauchfrei Telefon anbieten.

Der **Ablauf** wäre wie folgt: zunächst informieren Sie Ihre Patientinnen/Patienten über das Angebot der telefonischen Beratung durch das Rauchfrei Telefon.

Hat die Patientin/der Patient Interesse, füllt sie/er das Faxformular aus, welches **Sie per Fax** (oder eingescannt per Email) direkt an das Rauchfrei Telefon senden.

Die Patientin/der Patient erhält von Ihnen ein Informationsblatt mit den Eckpunkten der Beratung. Nachdem das Fax bei uns angekommen ist, kontaktieren wir die Patientin/den Patienten innerhalb der darauf folgenden zwei Wochen.

## **Rezeptgebührenbefreiung**

Die Rezeptgebührenbefreiung gilt für die/den Versicherten und alle anspruchsberechtigten Angehörigen.

Von der Rezeptgebühr befreite Personen müssen für Heilbehelfe und Hilfsmittel keine Kostenanteile leisten. Versicherte (nicht aber anspruchsberechtigte Angehörigen) sind überdies vom Kostenbeitrag, der im Falle einer Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse zu leisten ist, befreit.

Die Rezeptgebührenbefreiung muss grundsätzlich bei der Gebietskrankenkasse **beantragt** werden.

Bereits per Gesetz von der Rezeptgebühr befreit sind

- Pensionistinnen und Pensionisten mit Anspruch auf Ausgleichszulage bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss mit Ergänzungszulage
- Zivildienstler und deren Angehörige
- Asylwerber/innen
- Mindestsicherungsbezieher/innen (Personen, die nur auf Grund des Bezugs der Bedarfsorientierten Mindestsicherung in die Krankenversicherung einbezogen sind)
- Patientinnen und Patienten mit anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten (z.B. Hepatitis, Aids, ...)

**Achtung! Die Befreiung gilt in diesem Fall nur für jene Medikamente, die für die Behandlung der jeweiligen anzeigepflichtigen Erkrankung erforderlich sind.**

Ob eine Person von der Rezeptgebühr befreit ist, wird anlässlich der e-card-Steckung ersichtlich.

Um die Befreiung ersichtlich zu machen, sind Rezepte, die für eine gebührenbefreite Person ausgestellt werden, sind mit einer doppelten Arztstempelung zu versehen.

## **Rezeptgebührenobergrenze**



Die Rezeptgebührenobergrenze beträgt zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens der/des Versicherten (ohne Sonderzahlungen) und stellt den maximalen Betrag dar, den eine Person an Rezeptgebühren in einem Kalenderjahr zu entrichten hat.

Die Begrenzung der zu zahlenden Rezeptgebühren erfolgt während des laufenden Jahres. Wird im Verlauf des Jahres die Gebührenobergrenze erreicht, sind bis zum Ende des Jahres keine Gebühren mehr zu leisten.

Die Befreiung wird automatisch im e-card-System vermerkt und ist so bei der Steckung ersichtlich.

## **Begleitpersonen**

Alle in der Honorarordnung enthaltenen Leistungen können grundsätzlich nur für die Behandlung von Patientinnen/Patienten verrechnet werden.

Ausgenommen sind jene Leistungen, deren inhaltliche Beschreibung ausdrücklich dritte Personen einbezieht (z.B. Bezugspersonen), nur diese können anlässlich der Behandlung einer Indexperson im Zusammenhang mit den für diese Person erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

Beispiel: N2 – Fachgruppe Neurologie

N2 Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en).

*wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie.*

*Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.*