

Leitfaden für Vertragspartnerinnen/- partner

Fokusprojekt 18/Versorgungsmanagement II

Bereich Heilbehelfe/Hilfsmittel

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Bundeslandzentrierte Bewilligung und Abrechnung (BLZA)	4
FRAGEN & ANTWORTEN	5
BEISPIELE	7
Weitere Neuerungen ab 1. Jänner 2020	11
Verordnungsscheine	11
Angleichung satzungsmäßige Höchstgrenzen	11
Vereinheitlichung des Eigenkostenanteils für orthopädische Maßschuhe	12
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	12
Verordnungsdatum oder Leistungsdatum	12
Einheitliches Abrechnungsdeckblatt ab 1. Jänner 2020	13
Abrechnungsvereinfachung für Vertragspartner	13
Beilagen	13

Einleitung

Die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zu einer österreichweit tätigen Versicherung ist ein komplexer Prozess. Es ist daher klar, dass ab 1. Jänner 2020 noch keine völlige Harmonisierung für alle Anspruchsberechtigten und Vertragspartner/innen hergestellt werden kann.

Dennoch lautet das Ziel, eine größtmögliche Gleichbehandlung der Anspruchsberechtigten bis zur vollständigen Leistungsharmonisierung herbeizuführen. Für die Vertragspartner/innen soll es bei der Kundenberatung, Bewilligung und Abrechnung dadurch zu einer Vereinfachung kommen.

Vorhandene Verträge bleiben weiter im bisherigen örtlichen sowie qualitäts- und mengenmäßigen Umfang bestehen. Die Verträge gehen automatisch auf die Österreichische Gesundheitskasse über.

Ihre bisherigen operativen Ansprechpartner/innen vor Ort stehen nach wie vor für jegliche Fragen oder Anregungen zur Verfügung.

Was ändert sich mit 1. Jänner 2020:

- Adaptierung Verordnungsscheine
- Angleichung satzungsmäßige Höchstgrenze
- Vereinheitlichung des Eigenkostenanteils für orthopädische Maßschuhe
- Vereinheitlichung von Produkten, die unter dem Titel der Medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zu gewähren sind
- Vereinheitlichung der Verwendung des Leistungs- bzw. Verordnungsdatums
- Verwendung eines einheitlichen Abrechnungsdeckblatts
- Einführung Bundeslandzentrierte Bewilligung und Abrechnung

Was ändert sich mit 1. Jänner 2020 NICHT:

- Die Verträge der Vertragspartner in den einzelnen Bundesländern ändern sich nicht. Das bedeutet, dass auch die Leistungskataloge gleichbleiben.
- Die bestehenden ehemaligen Trägercodes wurden nicht verändert.
- Die Formulare / Drucksorten für die VP sind im Wesentlichen nicht verändert worden.
- Die Änderungen der Organisationsbeschreibung Datenaustausch Heilbehelfe/Hilfsmittel (DHH) beziehen sich auf Wegfall von Versicherungsträgern, Anpassungen der Träger-Bezeichnungen, UID-Nummer, Änderung von leistungszuständiger auf verrechnungszuständiger Träger,...

Teil 1:

Bundeslandzentrierte Bewilligung und Abrechnung (BLZA)

Bisher war der leistungszuständige Versicherungsträger für die Bewilligung und Abrechnung eines Behelfes zuständig. Für Leistungen ab 1.1.2020 gilt folgende Vorgangsweise:

- Sämtliche Behelfe sind mit der ÖGK jenes Bundeslandes, in dem die Abgabe des Heilbehelfes/Hilfsmittels erfolgt, nach den dort gültigen vertraglichen und leistungsrechtlichen Bestimmungen sowie Bewilligungskriterien zu erbringen und abzurechnen.
- Versorgungen, die überwiegend über den Postweg erfolgen, sind nach den vertraglichen und leistungsrechtlichen Bestimmungen sowie nach den Bewilligungskriterien jenes Bundeslandes zu erbringen und abzurechnen, in dem die Zustelladresse liegt.

Regelfall:

Ein/e Anspruchsberechtigte/r erscheint persönlich in der Filiale x, um dort den Verordnungsschein abzugeben.

Wenn es sich um ein bewilligungsfreies Produkt handelt, wird der/die Vertragspartner/in dieses dem/der Anspruchsberechtigten vor Ort aushändigen und mit der ÖGK des Bundeslandes, in dem die Filiale liegt abrechnen.

Wenn es sich um ein bewilligungspflichtiges Produkt handelt, wird der/die Vertragspartner/in vor der Abgabe dieses zur Bewilligung an die jeweilige ÖGK des Bundeslandes, in dem die Filiale liegt, senden und nach Übergabe an den/die Anspruchsberechtigten vor Ort mit der ÖGK, die die Bewilligung erteilt hat, abrechnen.

FRAGEN & ANTWORTEN

1. Können HBHI künftig auch vom Praktischen Arzt verschrieben werden und werden sie dann bewilligt?

Die bestehenden (regionalen) vertraglichen Regelungen werden ab 1. Jänner 2020 weitergeführt und regeln die Abgabebestimmungen von HBHI.

2. Wann wird der Versicherungsanspruch des Anspruchsberechtigten überprüft?

Der Versicherungsanspruch wird zum Zeitpunkt der Ausstellung der ärztlichen Verordnung beim Arzt geprüft. Am Verordnungsschein wird als Versicherungsträger nur „ÖGK“ aufgedruckt. Ist ein Patient innerhalb der ÖGK mehrfach zugeordnet (z.B. ÖGK Wien, ÖGK NÖ) wird am Verordnungsschein „ÖGK“ und das Bundeslandkürzel aufgedruckt.

3. Können künftig gewisse Behelfe auch bewilligungsfrei abgegeben werden?

Ja. Laut Krankenordnung hat der/die Anspruchsberechtigte für den Bezug von tariflich geregelten Heilbehelfen, die vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen, wenn dies in Verträgen, Vereinbarungen oder Tariflisten vorgesehen ist. In allen anderen Fällen erfolgt der Bezug von tariflich geregelten Heilbehelfen bei Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen ohne vorherige Bewilligung der Kasse. Bei Heilbehelfen für die keine tarifliche Vereinbarung besteht, ist ein Kostenvoranschlag des Vertragspartners/der Vertragspartnerin der Kasse für die Beurteilung der Leistungsgewährung vorzulegen.

4. Wird unterschieden, ob es sich um eine angeborene oder erworbene Behinderung handelt?

Da es zu einer Vereinheitlichung der HBHI im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ab 1. Jänner 2020 kommt, betrifft dies auch das Thema „angeborene Behinderung“. Das heißt, es wird nicht mehr geprüft, ob es sich um eine angeborene oder erworbene Behinderung handelt.

5. Obwohl noch keine neue Bewilligung ausgestellt wurde endet die Mindestgebrauchsdauer des HBHI. Zur Anfertigung eines neuen Behelfs liegt jedoch eine Wartezeit vor. Ist der Patient in dieser Zeit unterversorgt? Entsteht ihm ein Nachteil? Was bedeutet dies für die Folgeversorgung? Ab wann kann der Arzt den Behelf wieder verordnen? Gilt das Verordnungsdatum?

Vorgangsweise wie bisher – keine Änderung durch die BLZA. Die Produktionszeit kann nicht für die Mindestgebrauchsdauer angerechnet werden, da der Anspruchsberechtigte das Produkt zu diesem

Zeitpunkt noch nicht bezogen hat. Allerdings werden keine Verordnungen abgelehnt, wenn diese noch innerhalb der Mindestgebrauchsdauer eingesendet wurden und kurze Zeit später eine Neuversorgung stattfinden wird, die einer Bearbeitungszeit bedarf.

Sind Heilbehelfe oder Hilfsmittel auch nach Ablauf der Mindestgebrauchsdauer noch gebrauchsfähig, wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel nicht neuerlich beigelegt.

6. Bleibt die gesplittete Abrechnung (z.B. Inkontinenz, Rollstühle etc.) aufrecht?

Ja.

7. Bleibt die Vorgehensweise bei Versand der Abrechnungsdaten mit ELDA auch ab 1. Jänner 2020 weiterhin bestehen?

Ja, die Vorgehensweise bleibt gleich. Im Zuge der Abrechnung sind durch die Vertragspartner/innen im Datensatz Heilbehelfe und Hilfsmittel (DHH) die Felder „VSTR“ (verrechnungszuständiger Versicherungsträger – ELDA, Vorlaufsatz/SA99 Schlusssatz) „VSTRA“ (Zuständige Abrechnungsstelle, Satzkopf/Vorlaufsatz) und „VSTRL“ (Leistungszuständiger Versicherungsträger, SA01/41) am Beispiel von Niederösterreich mit 12 zu befüllen.

8. Wie erfolgt in Zukunft die Bearbeitung von Kostenerstattungen?

Die Unterlagen für eine Kostenerstattung können in jeder Servicestelle der ÖGK eingereicht werden. Die Kostenerstattung erfolgt auf Basis der bestehenden (regionalen) vertraglichen Regelungen.

Beispiel: Eine Versicherte, die der ÖGK Kärnten zugeordnet ist, bezieht in Salzburg ein Produkt bei einem Nicht-Vertragspartner der ÖGK Salzburg und muss somit zunächst für die Kosten selbst aufkommen. Der Verordnungsschein und die saldierte Rechnung können in der ÖGK zur Kostenerstattung eingereicht werden. Die Kostenerstattung erfolgt nach den (regionalen) vertraglichen Regelungen der ÖGK Kärnten.

9. Wie ist bei den bisher zwischenstaatlich abzurechnenden Patienten vorzugehen (vor allem Patienten aus England – Brexit)?

Bei vorübergehend Betreuten gelten die gleichen Bestimmungen wie bisher. Das heißt, die ÖGK des Bundeslandes, in dem die Versorgung stattfindet, ist leistungszuständig. Bei Dauerbetreuten gilt die BLZA genauso wie bei allen anderen Anspruchsberechtigten. Hinsichtlich Patienten/Patientinnen aus Großbritannien gelten vorerst noch die aktuellen EU-Regelungen.

10. Wie ist mit ehemals Versicherten (Anspruchsberechtigten) einer BKK vorzugehen?

Mit 1. Jänner 2020 sind all jene Versicherten (Anspruchsberechtigte), die bisher bei einer Betriebskrankenkasse (Ausnahme: BKK Wr. Verkehrsbetriebe) versichert waren, gemäß ASVG über die Österreichische Gesundheitskasse versichert und erhalten die ihnen laut ASVG, Satzung und Krankenordnung der ÖGK zustehenden Leistungen. Darüber hinaus geltende Leistungsansprüche können bei jener Privatstiftung geltend gemacht werden, die von Ihrem Unternehmen anlässlich der Auflösung Ihrer Betriebskrankenkasse gegründet wurde. Übersicht:

- BKK Voest Alpine Bahnsysteme zu ÖGK
- BKK Zeltweg zu ÖGK
- BKK Kapfenberg zu ÖGK
- BKK Mondl zu ÖGK
- BKK Wr. Verkehrsbetriebe zu BVAEB/KFA

Die Versicherten (Anspruchsberechtigten), welche bisher bei einer Betriebskrankenkasse versichert waren, werden von den Betriebskrankenkassen gesondert informiert.

BEISPIELE

11. Zustellung per Post: Beispiel: Ein Bandagist bietet die Zustellung per Post als Service für die Anspruchsberechtigten an - ein anderer Bandagist (Kleinbetrieb) kann einen solchen Service jedoch nicht anbieten.

Beispiel: Ein Anspruchsberechtigter ist mobil und kann sich den Behelf selbst bei der Firma (z.B. Zentrale) abholen - ein anderer Anspruchsberechtigter ist bettlägerig und bekommt den Behelf zugestellt (Wohnort). Vorgangsweise?

Die Regelungen der vertraglichen Zusatzvereinbarungen hinsichtlich BLZA sollen ab 1.1.2020 zur Anwendung gelangen. Firmen, in denen überwiegend die Abgabe von HBHI in den Filialen stattfindet, rechnen auch im Falle eines Postversandes/Zustellung in ein anderes Bundesland, mit der ÖGK des Bundeslandes ab, in dem sich der Standort der Filiale befindet.

12. Betriebe mit Warenversand: Wer macht die Bewilligung?

Beispiel: Die Firma xy hat ihren zentralen Standort in OÖ. Von dort aus versendet sie Behelfe nach ganz Österreich.

Diese Firma – falls hier ein reiner Versandhandel (lt. Vertrag) vorliegt – holt die Bewilligung immer in der ÖGK des Bundeslandes, wo die Abgabe (Zustelladresse) erfolgt, ein, und rechnet auch mit diesem Bundesland ab.

13. Betriebe mit Reisetätigkeit: Wer ist für die Bewilligung zuständig?

Die Bearbeitung erfolgt in der ÖGK des Bundeslandes, in dem die Leistungserbringung erfolgt.

14. Es gibt unterschiedliche regionale Vereinbarungen innerhalb der ÖGK, was die Menge, Abgabebestimmungen etc. betrifft, bzw. ob eine VO benötigt wird. Wie ist vorzugehen, wenn ein Anspruchsberechtigter zwischen den Filialen mehrerer Bundesländer wechselt.

Die Versorgung wird nach den jeweiligen Kriterien der ÖGK des Bundeslandes, in dem die Filiale liegt, geprüft.

15. Beispiel: Ein Kunde konsultiert eine Wiener Filiale und benötigt 15 Pkg saugende Inkontinenzware. Er möchte 5 Pkg gleich mitnehmen und die restlichen 10 Pkg zugestellt bekommen (Annahme er wohnt in Niederösterreich).

Die Verrechnung findet mit Wien statt, da Firmen, in denen überwiegend die Abgabe von HBHI in den Filialen stattfindet, auch im Falle einer Zustellung in ein anderes Bundesland, mit der ÖGK des Bundeslandes abrechnen, in dem sich der Standort der Filiale befindet.

16. Beispiel Rehabilitationszentrum (Prothetik): Ein OÖ-Anspruchsberechtigter erhält während seines Aufenthaltes im RZ-Häring in Tirol eine Verordnung für eine Beinprothese. Der wohnortnahe Bandagist aus Linz fährt nach Häring, wo er die bewilligungspflichtige Verordnung entgegennimmt und von der ÖGK OÖ bewilligen lässt.

Unabhängig, ob die Übergabe der Prothese noch im RZ-Häring (Tirol) oder am Wohnort in OÖ stattfindet, erfolgt die Verrechnung mit ÖGK OÖ. Begründung: Die Firma hat ihren Sitz in OÖ und versorgt überwiegend die Anspruchsberechtigten in ihrer Filiale in OÖ (siehe Frage 11).

17. Beispiel Krankenanstalt: Ein Kind aus Salzburg erhält im Orthopädischen Spital Speising (Wien) eine Verordnung für eine Beinorthese. Diese bewilligungspflichtige Leistung wird bei einer Firma mit Standort Wien in Auftrag gegeben.

Diese Firma reicht den Verordnungsschein bei der ÖGK Wien zur Bewilligung ein. (Eine Firma mit Standort NÖ würde die Bewilligung in der ÖGK NÖ holen.) Unabhängig davon, ob die fertiggestellten Orthesen im KH-Speising, oder in der Heimat (Salzburg) ausgehändigt werden, erfolgt die Verrechnung mit der ÖGK Wien.

18. Jahresüberschreitende Dauerversorgung: Bei dem genannten Beispiel hat ein Anspruchsberechtigter über die NÖGKK ein Leihgerät (Schlafapnoe). Bei der WGKK erfolgt die Abgabe aus dem Depot. Wird hier analog der NÖGKK die Bewilligung akzeptiert oder müssen neue Unterlagen erbracht werden?

Bei Änderung der med. Indikation bzw. nach Ablauf des Dauerversorgungs-Zeitraums kann es durch die BLZA zu einem Wechsel der ÖGK-Zuständigkeiten kommen, was zu einer Änderung der Bewilligungs- und Abrechnungskriterien führt.

19. Jahresüberschreitende Bewilligung und Abrechnung

Bewilligungen und Abrechnungen bis 31. Dezember 2019 erfolgen wie gehabt – das heißt, nach den Kriterien der leistungszuständigen Gebietskrankenkasse (siehe nachstehende Tabelle Fall A).

Dauerversorgungen laufen auch ab 1. Jänner 2020 weiter nach den bisherigen Regelungen. Erst danach treten für diese Versorgungen die neuen Regelungen in Kraft (siehe nachstehende Tabelle Fall B).

Wenn ein Auftrag (= erste Kontaktaufnahme) bei einem VP noch im Jahr 2019 erteilt wurde, erfolgt die Abrechnung im Jahr 2020 mit der damals leistungszuständigen GKK nach deren Kriterien – unabhängig davon, wann und wo die Übergabe erfolgte! (siehe nachstehende Tabelle Fälle C-G)

20. Jahresüberschreitende Bewilligung und Abrechnung

	Fall A Anspruchsberechtigter der KGKK	Fall B Anspruchsberechtigter der NÖGKK (siehe Frage 18)	Fall C Anspruchsberechtigter der KGKK	Fall D Anspruchsberechtigter der KGKK	Fall E Anspruchsberechtigter der KGKK	Fall F Anspruchsberechtigter der KGKK	Fall G Anspruchsberechtigter der KGKK
Verordnungsdatum	23.12.2019	01.03.2018	23.12.2019	23.12.2019	23.12.2019	31.12.2019	31.12.2019
Kontaktaufnahme mit dem VP (= Beauftragung mit der Versorgung, Abgabe des Verordnungsscheins)	27.12.2019	DAUERVERSOR-GUNG für einen NÖGKK-Anspruchsberechtigten, wohnhaft in Wien	30.12.2019 in Kärnten	30.12.2019 in Salzburg	02.01.2020 in Kärnten	02.01.2020 in Tirol	02.01.2020 in Salzburg
Zuständigkeit für Bewilligung (sofern bewilligungspflichtig)	KGKK	NÖGKK: Schlafapnoe-Gerät bewilligt für 24 Monate	KGKK	KGKK	ÖGK Kärnten	ÖGK Tirol	ÖGK Salzburg
Übernahme des HBHI	30.12.2019	DAUERVERSOR-GUNG	07.01.2020 Zustellung nach Salzburg	07.01.2020 in Salzburg	07.01.2020 in Kärnten	04.01.2020 in Kärnten (Zustellung; siehe Frage 12)	04.01.2020 in Salzburg
Conclusio	Der VP rechnet im Jänner 2020 nach den Kriterien der KGKK mit der ÖGK Kärnten ab.	Diese Dauerversorgung läuft bis 29.02.2020 weiter über die ÖGK NÖ. Die Weiterversorgung (Depotgerät von Wien) wird danach nach den Kriterien der ÖGK Wien erfolgen.	Der VP rechnet im Februar 2020 nach den Kriterien der KGKK mit der ÖGK Kärnten ab.	Der VP rechnet im Februar 2020 nach den Kriterien der KGKK mit der ÖGK Kärnten ab.	Der VP rechnet im Februar 2020 nach den Kriterien der ÖGK Kärnten mit diesem Bundesland ab.	Der VP rechnet im Februar 2020 nach den Kriterien der ÖGK Tirol mit diesem Bundesland ab.	Der VP rechnet im Februar 2020 nach den Kriterien der ÖGK Salzburg mit diesem Bundesland ab.

Teil 2:

Weitere Neuerungen ab 1. Jänner 2020

Verordnungsscheine

- Grundsätzliche Formulargestaltung ist gleichgeblieben
- das gemeinsame neue Logo der ÖGK ist aufgedruckt und ersetzt das bisherige Logo einer GKK
- in einem ersten Schritt wurde nur das Notwendigste geändert
- an gesetzliche Vorschriften angepasst bzw. nachgezogen
- keine Raster/Felder verschoben
- Vereinheitlichung aller Formulare österreichweit in der kurzen Zeit nicht möglich
- ab 1. Jänner 2020 werden nur noch neue Verordnungsscheine ausgegeben
- Verordnungsscheine, die vor dem 1. Jänner 2020 ausgestellt wurden dürfen vorerst noch weiterverwendet werden
- kein Aufdruck des Bundeslandes (Ausnahme: Mehrfach-Anspruchsberechtigte) – nur „ÖGK“ (ohne Bundesland)
- Sonderversicherungsträger wurden auf den Formularen entfernt
- kein Aufdruck der Gültigkeitsdauer (Die Gültigkeitsdauer von Verordnungsscheinen wird allerdings österreichweit auf 30 Tage erhöht.)
- DVR-Nummer (falls noch vorhanden) wurde entfernt
- Angeführte §§ von Satzungen, Krankenordnungen der GKK wurden entfernt
- Statt „Familien-, Nachname/n Vorname/n“ nun „Familienname Vorname“
- Formularnummer wurde vergeben: z.B.: „15-ÖGK-vp10-1. Jänner 2020“
- Statt „Krankenkasse“ nun „Krankenversicherungsträger“

Angleichung satzungsmäßige Höchstgrenzen

Ab 1. Jänner 2020 erfolgt die österreichweite Gleichschaltung der satzungsmäßigen Höchstgrenzen hinsichtlich Kostenübernahme für Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie bei der Instandsetzung. Das bedeutet:

- einheitliche satzungsmäßige Höchstgrenze für Heilbehelfe und Hilfsmittel: 8-faches der täglichen Höchstbeitragsgrundlage, 2020: € 1.432,00
- einheitliche satzungsmäßige Höchstgrenze für Krankenfahrstühle und Hilfsmittel, die geeignet sind die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen: 20-faches der täglichen Höchstbeitragsgrundlage, 2020: € 3.580,00

Bei den genannten Beträgen handelt es sich immer um Bruttobeträge!

Vereinheitlichung des Eigenkostenanteils für orthopädische Maßschuhe

Gem. § 43 Abs. 7 Satzung ÖGK wird ab 1. Jänner 2020 folgende Bestimmung Gültigkeit erlangen:

„Der Zuschuss für Orthopädische Maßschuhe verringert sich um € 58,14 pro Paar bzw. € 29,07 pro Stück für alle Versicherten (Angehörigen). Für Kinder, für die unabhängig von der Angehörigeneigenschaft die Voraussetzungen nach § 123 Abs. 4 ASVG vorliegen sowie für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht, wird kein Eigenkostenanteil eingehoben.“

Das bedeutet, für orthopädische Maßschuhe mit geringem Vorfertigungsgrad (Positionsgruppen 14152, 14156) sowie für Maßschuhe mit hohem Vorfertigungsgrad (ICP-Schuhe – Positionsgruppe 14236) beträgt der Eigenkostenanteil einheitlich in ganz Österreich €58,14/Paar bzw. €29,07/Stück.

Für Versicherte (Angehörige), die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres unter besonderen Voraussetzungen ist kein Eigenkostenanteil einzuheben. Die Befreiung vom Eigenkostenanteil erfolgt durch die ÖGK im Rahmen des Bewilligungsverfahrens. Für nähere Informationen stehen Ihnen Ihre Ansprechpartner/innen vor Ort zur Verfügung

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

Ab 1. Jänner 2020 erfolgt österreichweit eine Vereinheitlichung von Produkten, die unter dem Titel der Medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zu gewähren sind.

Verordnungsdatum oder Leistungsdatum

Ab 1. Jänner 2020 werden österreichweit einheitlich entweder das Verordnungsdatum oder das Leistungsdatum wie folgt herangezogen:

Verordnungsdatum:

- Versicherungsanspruch
- Selbstbehaltsbefreiung
- Rezeptgebührenbefreiung

Leistungsdatum:

- Höhe des Selbstbehalts
- Satzungsmäßige Höchstgrenze
- Tarif
- Gebrauchsdauer
- Höhe der Rezeptgebühr

Einheitliches Abrechnungsdeckblatt ab 1. Jänner 2020

Ab 1. Jänner 2020 wird ein österreichweit einheitliches Abrechnungsdeckblatt zur Verfügung gestellt.

Link: www.sozialversicherung.at → Gesundheitsdienstleister → Vertragspartner → Datenaustausch Heilbehelfe/Hilfsmittel, Krankentransporte → Dokument: „DHH - Deckblatt für Papierbelege gültig ab 01.01.2020“

Abrechnungsvereinfachung für Vertragspartner

- Die Vertragspartner erhalten ab 1. Jänner 2020 von allen Bundesländern die Retourdatenträger.
- Bei händischen Nacherfassungen wird seitens der ÖGK auf die Erfassungsentschädigung verzichtet.
- Fälschlich durch die ÖGK bewilligte HBHI, die vom Vertragspartner abgegeben wurden, werden anerkannt – Abrechnungsgarantie für Vertragspartner.

Beilagen

- Verordnungsscheine
- Medizinische Reha
- Abrechnungsdeckblatt