

Gebührenfrei gemäß
§§ 109 und 110 ASVG

GESAMTVERTRAG

abgeschlossen zwischen der

**Österreichischen Gesundheitskasse
Wienerbergstraße 15-19
1100 Wien,**

im Folgenden „ÖGK“ genannt, und der

**Bundesinnung der Gesundheitsberufe
der Wirtschaftskammer Österreich,
Berufsgruppe der Augen- und Kontaktlinsoptiker
mit Wirksamkeit für die Fachgruppen bzw. Landesinnungen der Gesundheitsberufe
Wiedner Hauptstraße 63
1045 Wien,**

im Folgenden „Bundesinnung“ genannt.

Präambel

Durch Abschluss dieses Gesamtvertrages wird für die Krankenversicherungsträger gemäß Anlage 5 (im Folgenden „Krankenversicherungsträger“) bundesweit einheitlich die Versorgung der Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden „Versicherte“) durch die Mitgliedsbetriebe der Fachgruppen bzw. Landesinnungen der Gesundheitsberufe, Berufsgruppe der Augen- und Kontaktlinsoptiker, mit Kontaktlinsen, Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen (laut Anlagen 1 bis 3) geregelt. Durch den Gesamtvertrag wird eine flächendeckende wohnortnahe Sachleistungsversorgung für die Versicherten und deren Anspruchsberechtigte ohne Zuzahlung sichergestellt. Die Vertragsfirma ist angehalten, den Versicherten aufzuklären, dass eine mindestens jährliche Kontrolle beim Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie durchzuführen ist.

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338 und 349 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) in der jeweils gültigen Fassung abgeschlossen. Er regelt die Versorgung der Versicherten bei Vorliegen bestimmter Indikationen mit Kontaktlinsen, Brillen

lengläsern aus Kunststoff inklusive Fassungen und vergrößernden Sehhilfen (im Folgenden kurz „Behelfe“) durch die den Fachgruppen bzw. Landesinnungen angehörenden Augenoptiker und Kontaktlinsenoptiker (im Folgenden kurz: „Vertragsfirma“).

- (2) Als Vertragsfirmen gelten nur Mitgliedsbetriebe der Fachgruppen bzw. Landesinnungen der Gesundheitsberufe, die sämtliche berufliche Qualifikationen nach den einschlägigen gesetzlichen Normen erfüllen. Insbesondere müssen sämtliche für die Abgabe der Behelfe erforderliche Gewerbeberechtigungen bei der einzelnen Vertragsfirma vorliegen.
- (3) Für die Versorgung der Versicherten mit Behelfen sowie die Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger sind dessen einschlägige Rechtsvorschriften und satzungsmäßige Bestimmungen maßgebend.
- (4) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.
- (5) Als Versicherte gelten auch Personen, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, zwischenstaatlicher Abkommen und den Verordnungen (EG) 883/2004 und 987/2009 vom Krankenversicherungsträger zu betreuen sind.
- (6) Für die in den Anlagen enthaltenen Behelfe kommen die dort geregelten Tarife und Abgabebestimmungen bundesweit einheitlich zur Anwendung.
- (7) Hinsichtlich der Versorgung der Versicherten mit den in den Anlagen angeführten Behelfen besteht eine freie Wahl der Vertragsfirmen.

§ 2

Vertragsgegenstand

- (1) Der Gesamtvertrag regelt die Abgabe von Behelfen, die in den Anlagen 1 bis 3 in der jeweils gültigen Fassung geregelt sind, gegen direkte Verrechnung mit dem Krankenversicherungsträger.
- (2) Die Anlagen 1 bis 5 bilden einen integrierten Bestandteil dieses Vertrages. Sämtliche Änderungen und Ergänzungen hinsichtlich der Produkte und der Tarife der Anlagen gelten daher automatisch auch für diesen.
- (3) Weitere Krankenversicherungsträger können diesem Gesamtvertrag jederzeit durch einseitige Erklärung mit der Zustimmung der Bundesinnung beitreten. Diese sind in die Anlage 5 aufzunehmen.

§ 3

Abgabebedingungen und Qualitätserfordernisse

- (1) Für die Abgabe der Behelfe, die von diesem Gesamtvertrag umfasst sind, sind die einschlägigen gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen zu beachten.

- HST 82 22.12.2022 10:05:14 001442
- (2) Die Abgabe von Behelfen auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers bedarf einer Verordnung der Vertragsfirma (unmittelbare Verordnung) oder einer fachärztlichen Verordnung (einer fachärztlichen Verordnung ist eine Diagnose auf Basis eines Befundes einer Krankenanstalt gleichzuhalten) und ist grundsätzlich bewilligungsfrei (Ausnahmen finden sich in den Anlagen 1 bis 3). Die zu bewilligenden Unterlagen sind ab dem Zeitpunkt des Vorliegens der technischen Voraussetzungen auf Seiten des Krankenversicherungsträgers für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise von der Vertragsfirma elektronisch (sichere Datenleitung) einzureichen.
 - (3) Die Anfertigung der Sehbehelfe erfolgt auf Basis der Refraktionsbestimmung des Augenfacharztes, der Fachabteilung für Augenheilkunde, des Augenoptikermeisters, Kontaktlinsenoptikers bzw. Optometristen.
 - (4) Optometristen, aber auch Augenoptikermeister bzw. Kontaktlinsenoptiker als solche sind aufgrund des Berufsbildes und auch der gesetzlichen Vorschriften befugt einerseits Refraktionsbestimmungen durchzuführen, andererseits aufgrund eigener Messungen Sehbehelfe zu verordnen, anzufertigen und abzugeben.
 - (5) Wenn die Vertragsfirma noch nicht über einen autorisierten Augenoptikermeister verfügt und die in § 8 Abs. 4 normierte festgelegte Übergangsregelung bis 31.12.2023 zur Anwendung kommt, ist die Ausstellung einer unmittelbaren Verordnung bis zum schriftlichen Nachweis des autorisierten Augenoptikermeisters ausgeschlossen.
 - (6) Bei der Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, bei Verbandslinsen sowie bei bewilligungspflichtigen Sonderanfertigungen und vergrößernden Sehhilfen (Erstverordnung) ist die Abgabe der Behelfe nur auf Basis einer Facharztverordnung zulässig.
 - (7) Das Formular für die unmittelbare Verordnung (Anlage 4) ist in jedem Fall dann zu verwenden, wenn keine fachärztliche Verordnung vorliegt.
 - (8) Sofern eine Facharztverordnung vorliegt, ist diese am Formular für die unmittelbare Verordnung (Anlage 4) entsprechend zu dokumentieren. Die Messergebnisse des Augenoptikermeisters, Kontaktlinsenoptikers bzw. Optometristen sind auf dem Formular für die unmittelbare Verordnung zu erfassen.
 - (9) Im Falle der Ausstellung einer unmittelbaren Verordnung ist der Versicherte vom Augenoptikermeister, Kontaktlinsenoptiker bzw. Optometristen nachweislich aufzuklären, dass eine regelmäßige medizinische Kontrolle beim Augenfacharzt, auch wenn keine Probleme auftreten, jährlich durchgeführt werden soll.
 - (10) Die Vertragsfirmen sind verpflichtet, die Behelfe in zweckentsprechender Ausführung und einwandfreier Qualität unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen insbesondere der europarechtlichen Vorgaben und der Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes sowie der in den Anlagen 1 bis 3 festgelegten Bestimmungen herzustellen bzw. abzugeben.
 - (11) Die Vertragsfirmen haben den Grundsatz der Behandlungsökonomie einzuhalten. Bestehen unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten mit vergleichbarem therapeutischen

Nutzen hat die Vertragsfirma orientiert am Wohl des Patienten nach fachlichen Kriterien die ökonomisch sinnvollste Versorgung vorzunehmen.

- (12) Die Anfertigung bzw. Abgabe der Behelfe hat der Verordnung und den individuellen Erfordernissen des Versicherten zu entsprechen.
- (13) Die Anpassung und die Abgabe inklusive der Endkontrolle von Behelfen hat in den Verkaufsstellen der Vertragsfirmen zu erfolgen.
- (14) Die Vertragsfirma leistet dem Krankenversicherungsträger volle Gewähr für die Qualität und richtige Passform der Behelfe nach Maßgabe der gesetzlichen Gewährleistungsbestimmungen. Umänderungen und Neuankertigungen, die durch Verschulden der Vertragsfirma notwendig werden, sind von dieser unverzüglich und auf deren Kosten vorzunehmen. Umänderungen und Neuankertigungen aufgrund von anatomischen Veränderungen sind davon nicht betroffen.
- (15) Die Vertragspartner vereinbaren als gemeinsames Ziel die Umsetzung der flächendeckenden Anbindung der Vertragsfirmen an das e-card-System mit Ablauf des Jahres 2024.

§ 4

Kinderversorgungen

- (1) Als Kinderversorgung gelten Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. Sie erhalten Kunststoffbrillen in allen Dioptrienstärken oder Kontaktlinsen bei Vorliegen der entsprechenden Indikation laut geltender Satzung.
- (2) Eine Neuankertigung während der Mindestgebrauchsdauer ist aufgrund einer Änderung von 0,25 Dioptrien bei Brillen oder Kontaktlinsen (ausgenommen Orthokeratologie Linsen) oder Brillen bei Wachstum ohne eine vorherige Bewilligung direkt abrechenbar.

§ 5

Bewilligung

- (1) Die in den Anlagen 1 bis 3 festgelegten Abgabebeschränkungen sind verbindlich. Eine allenfalls erforderliche Bewilligung des Krankenversicherungsträgers ist vor der Abgabe der Behelfe einzuholen.
- (2) Wird ein bewilligungspflichtiger Behelf ohne das Vorliegen einer Bewilligung des Krankenversicherungsträgers abgegeben, trägt die Vertragsfirma das Kostenrisiko.
- (3) Die Bewilligung des Krankenversicherungsträgers hat innerhalb von 10 Werktagen (ausgenommen Samstag) ab Einlangen beim Krankenversicherungsträger zu erfolgen. Für den Fall, dass diese Frist seitens des Krankenversicherungsträgers nicht eingehalten werden kann z. B. aufgrund der Anforderung von Befunden, Krankengeschichten etc., ist die Vertragsfirma vor Ablauf der Frist zu verständigen.

§ 6 Tarife

- (1) Die von den Vertragsfirmen erbrachten Leistungen gemäß § 2 werden vom Krankenversicherungsträger mit den in den Anlagen 1 bis 3 festgelegten Tarifen und Positionsnummern abzüglich einer allfälligen Kostenbeteiligung (§ 137 ASVG) des Versicherten abgegolten.
- (2) Eine Valorisierungsautomatik der in den Anlagen 1 bis 3 festgelegten Tarife wird frühestens nach einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesamtvertrages einvernehmlich festgelegt werden.
- (3) Die Vertragsfirma hat eine allfällige Kostenbeteiligung in der gesetzlichen Höhe vom Versicherten einzuheben.
- (4) Abs. 1 findet keine Anwendung für Leistungen, die über die in den einzelnen Anlagen festgelegten Ausführungsbestimmungen hinausgehen und in keinem direkten Zusammenhang mit der zeitgemäßen Herstellung der Passform sowie einer dem Bedarf entsprechenden zweckmäßigen Funktionalität stehen. Diese sind nicht Gegenstand dieses Gesamtvertrages und zwischen der Vertragsfirma und dem Versicherten gesondert zu vereinbaren.
- (5) Die Vertragsfirmen sind verpflichtet, dem Versicherten einen in den Anlagen 1 bis 3 tarifierten Behelf anzubieten.
- (6) Sollten zwischen der Bundesinnung und einem anderen Krankenversicherungsträger, der nicht in Anlage 5 genannt ist, für Behelfe, die den Behelfen der Anlagen 1 bis 3 entsprechen, Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden, die kostengünstiger als die in den Anlagen 1 bis 3 angeführten Tarife sind, gelten diese Tarife mit gleichem Wirksamkeitsbeginn auch für die Versicherten der Krankenversicherungsträger gemäß Anlage 5. Dies gilt nur im Rahmen von vergleichbaren Systemen betreffend die Honorierung von Behelfen der Anlagen 1 bis 3.
- (7) Sollten am Markt gleichartige günstigere Artikel, die den Qualitätsstandard erfüllen, als die tariflich geregelten angeboten werden, werden Gespräche zwischen der Bundesinnung und der ÖGK aufgenommen.

§ 7 Auf- und Zuzahlungen, Ausschluss der Kostenübernahme

- (1) Eine qualitativ gute Sachleistungsversorgung ohne Auf- und Zuzahlungen muss dem Versicherten aktiv angeboten werden. Kosten für Leistungen, sofern keine medizinische Notwendigkeit besteht, werden vom Krankenversicherungsträger nicht übernommen (Sonderwünsche). Insbesondere ist es nicht zulässig, die vom Krankenversicherungsträger mit den Vertragsfirmen direkt zu verrechnenden Behelfe als Behelfe minderer Qualität gegenüber anderen Behelfen darzustellen.

- (2) Im Falle einer Kontaktlinsenversorgung wird seitens des Krankenversicherungsträgers eine adäquate Brillenversorgung zur Verfügung gestellt. Bis 8,00 Dioptrien werden die Kosten für mineralische Gläser, ab 8,25 Dioptrien Kosten für Kunststoffgläser übernommen. Sollte der Versicherte ausdrücklich eine andere Versorgung wünschen, so sind etwaige Mehrkosten vom Versicherten zu tragen.
- (3) Die Vertragsfirmen sind verpflichtet, dem Versicherten ein stationäres Bildschirmlesegerät zum vereinbarten Tarif ohne weitere Zuzahlung zur Verfügung zu stellen. Aufzahlungen für spezielle Zusatzfunktionen sind gestattet, werden aber mit einem Maximalbetrag, der dem 8fachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage entspricht, festgelegt.
- (4) Bildschirmarbeitsbrillen sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 68 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz).

§ 8

Qualitätssicherung

- (1) Die Bundesinnung und die ÖGK stimmen darin überein, dass der Qualitätssicherung bei der Versorgung der Versicherten eine bedeutende Rolle zukommt. Dies umfasst insbesondere die Verpflichtung der Vertragsfirmen, gemäß § 3 Abs. 1 und 9 den Versicherten nachweislich darüber aufzuklären, dass eine mindestens jährliche Kontrolle beim Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie durchzuführen ist.
- (2) Bei der Versorgung müssen die geltenden Vorschriften des Medizinproduktegesetzes für die Herstellung und Abgabe der Behelfe eingehalten werden.
- (3) Der Betriebsinhaber selbst bzw. der gewerberechtliche Geschäftsführer gilt als autorisierter Augenoptikermeister, wenn er über die positiv absolvierte Meisterprüfung im Handwerk Augenoptik verfügt, als autorisierter Kontaktlinsenoptiker, wenn er über die positiv absolvierte Befähigungsprüfung im reglementierten Gewerbe Kontaktlinsenoptik verfügt (ausgenommen Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie). Das Meisterprüfungszeugnis und der Befähigungsnachweis für Kontaktlinsenoptik sind dem Krankenversicherungsträger zu übermitteln. Stichtag für die positiv absolvierten Prüfungen für bei Inkrafttreten des Gesamtvertrags bestehenden Vertragsfirmen ist der 01.01.2023.
- (4) Für bereits zum Stichtag 01.01.2023 bestehende Betriebe, die diese Voraussetzung ab dem Stichtag nicht erfüllen, gilt eine Übergangsregelung für den Bereich der Abgabe von Kunststoffbrillen bis zum 31.12.2023. Der Krankenversicherungsträger ist bis zum Ablauf der Übergangsfrist nachweislich darüber zu informieren, dass mit der Ausbildung zum Augenoptikermeister begonnen wurde (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Dienstort bzw. Filiale).
- (5) Der autorisierte Augenoptikermeister und der autorisierte Kontaktlinsenoptiker dürfen höchstens für zwei Betriebsstätten, welche in einem örtlichen Zusammenhang stehen müssen (max. Entfernung 50 Straßenkilometer), verantwortlich sein.

In einer dieser Betriebsstätten müssen sie den Dienstort haben und auf Grund dieser Tätigkeit, beim örtlich für diese Betriebsstätte zuständigen österreichischen Sozialversicherungsträger versichert und Vollzeit (laut Kollektivvertrag) beschäftigt sein. In der zweiten Betriebsstätte müssen sie mindestens einmal wöchentlich anwesend sein. Bei 20-stündiger Beschäftigung gilt die Zuständigkeit nur für eine Betriebsstätte.

Die Anwesenheit ist entsprechend zu dokumentieren und dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen vorzulegen.

- (6) Die namentliche Nennung der autorisierten Personen der Vertragsfirma und des jeweiligen Standortes sowie die Vorlage der Befähigungen (Meisterprüfungszeugnis, Befähigungsnachweis für Kontaktlinsenoptik) muss innerhalb von einem Monat nach Inkrafttreten des Gesamtvertrages an vm2-auge@oegk.at unter Bezug auf die Vertragspartnernummer eingebracht werden. Änderungen im Bereich der autorisierten Personen sind dem Krankenversicherungsträger unverzüglich unter vm2-auge@oegk.at bekanntzugeben.
- (7) Die Vertragsfirmen verpflichten sich zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.
- (8) Eine Versorgung ist in geeigneten betrieblichen Räumlichkeiten vorzunehmen.
- (9) An allen Standorten der Vertragsfirmen sind Öffnungszeiten an mindestens vier Tagen pro Woche im Umfang von gesamt mindestens 30 Wochenstunden für die persönliche Erreichbarkeit zu gewährleisten.
- (10) Die Bundesinnung und der Krankenversicherungsträger arbeiten bei der Überprüfung der vorgeschriebenen vertraglichen Qualitätskriterien zusammen.

§ 9

Abrechnung

- (1) Die Abrechnung ist elektronisch nach den vom Dachverband der Sozialversicherungsträger im Internet verlautbarten einheitlichen Grundsätzen gemäß § 349a ASVG durchzuführen.
- (2) Für sämtliche Abrechnungen ist der Fachgebietscode 67 „Augenoptiker / Kontaktlinsenoptiker“ zu verwenden.
- (3) Im Falle einer unmittelbaren Verordnung ist per ELDA die Vertragspartnernummer der Vertragsfirma beim Feld VPNUW (DHH VPNUW Vertragspartnernummer des verordnenden Arztes (SA01(41))) zu übermitteln.
- (4) Sofern eine Facharztverordnung vorliegt, ist per ELDA ist die Vertragspartnernummer des Facharztes (der Fachabteilung der Krankenanstalt) beim Feld VPNUW (DHH VPNUW Vertragspartnernummer des verordnenden Arztes (SA01(41))) zu übermitteln.
- (5) Im elektronischen Datensatz ist von der Vertragsfirma die Sehstärkenbestimmung für die Anpassung des Sehbehelfes (gem. DHH D. 46, SA30 (31,71)) zwingend zu befüllen.

- (6) Der Aufzahlungsbetrag für stationäre Bildschirmlesegeräte gemäß § 7 Abs. 3 ist per ELDA dem Krankenversicherungsträger elektronisch zu übermitteln, dafür ist das Feld „AUFZAHL“ (SA32 (33,73)) im Datensatz DHH zwingend zu verwenden.
- (7) Die Verrechnung eines Behelfs ist nur möglich, wenn die ordnungsgemäße Abgabe (Anpassung und Abgabe inkl. Endkontrolle am Standort) des Behelfs an den Versicherten durch dessen Unterschrift oder die seines gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten auf dem Verordnungsschein (Bewilligungsschreiben) oder einer Übernahmeerklärung mit Beifügung des Datums bestätigt wurde.
- (8) Sämtliche Leistungen für Versicherte der ÖGK, die ab 01.01.2023 in Anspruch genommen werden, sind mit der Landesstelle der ÖGK jenes Bundeslandes, in dem die Abgabe des Heilbehelfes/Hilfsmittels erfolgt, abzurechnen.
- (9) Kann ein individuell angefertigter Behelf aus Gründen, die nicht von der Vertragsfirma zu vertreten sind wie z. B. wegen Ablebens des Versicherten, nicht übernommen werden, so übernimmt der Krankenversicherungsträger die tariflichen Kosten in dem prozentualen Ausmaß, das dem Grad der Fertigstellung des Behelfs entspricht, wobei wiederverwendbare Teile in Abzug zu bringen sind.
- (10) Der Krankenversicherungsträger hat die eingereichten elektronischen Rechnungen spätestens innerhalb von 30 Tagen ab Einlangen der Rechnung sowie der Papierbelege beim Krankenversicherungsträger zu bezahlen.
- (11) Die Abrechnung hat in Form von Sammelrechnungen gemäß den Grundsätzen nach Abs. 1 zu erfolgen. Die Sammelrechnung hat zudem zu enthalten:
- Deckblatt für Heilbehelfe/Hilfsmittel – Abrechnung
 - Name und Versicherungsnummer des Versicherten in alphabetischer Reihenfolge
 - Name und Tarifposition des Produktes, das an den Versicherten abgegeben wurde
 - Anzahl der abgegebenen Artikel pro Versichertem
 - Tarif des abgegebenen Produktes pro Versichertem, netto zzgl. USt
 - Kostenanteil des Versicherten
 - Verordnungsscheine inkl. etwaiger Kostenvoranschläge in alphabetischer Reihenfolge

§ 10

Zusammenwirken der Vertragspartner

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei allfälligen Auslegungsdifferenzen zu diesem Gesamtvertrag unverzüglich Kontakt aufzunehmen und diese tunlichst einvernehmlich zu lösen.
- (2) Jeder Vertragspartner hat alles zu unterlassen, was geeignet wäre, Stellung und Ansehen des anderen Vertragspartners in den Augen der Versicherten oder der Öffentlichkeit herabzusetzen. Insbesondere ist es nicht zulässig, die zwischen den Vertragspartnern tariflich geregelten Produkte als Produkte minderer Qualität gegenüber anderen Produkten darzustellen.

- (3) Strittige Fälle, die sich aus der Umsetzung dieses Vertrages ergeben, werden bei einer Clearingstelle behandelt, die bei Bedarf zusammentritt und sich aus zwei Vertretern der Bundesinnung, zwei des jeweiligen Krankenversicherungsträgers und der betroffenen Vertragsfirma zusammensetzt.

§ 11

Evaluierung

- (1) Nach Ablauf des ersten Vertragsjahres erfolgt eine Evaluierung der vertragsgegenständlichen Leistungen durch die Vertragspartner und sind diese entsprechend zu bewerten. Insbesondere bei Frequenz- und Aufwandssteigerungen, die über der Beitragseinnahmensteigerung liegen, sind die Vertragsbestimmungen neu zu verhandeln.
- (2) Zur Beobachtung der Frequenz- und Aufwandsentwicklung wird ein halbjährliches Monitoring durchgeführt, um im Falle von Steigerungen im Sinne des Abs. 1 rechtzeitig entgegenzuwirken.

§ 12

Werbung und Provisionszahlungen

- (1) Werbung mit dem Leistungsumfang des Krankenversicherungsträgers ist nicht zulässig.
- (2) Für die Verordnung von den in den Anlagen 1 bis 3 angeführten Behelfen dürfen keinerlei Provisionen sowie Geld- oder Sachleistungsentschädigungen an die Verordner bzw. an deren Personal versprochen oder bezahlt werden. Ein Verstoß wird als schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 19 angesehen und führt zur Kündigung des Vertragsverhältnisses der Vertragsfirma.
- (3) Werbungen und aktives Herantreten an die Versicherten des Krankenversicherungsträgers zur Inanspruchnahme von Leistungen des Krankenversicherungsträgers werden untersagt. Ein Verstoß wird als schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 19 angesehen und führt zur Kündigung des Vertragsverhältnisses der Vertragsfirma.

§ 13

Haftung und Gewährleistung

- (1) Das Vertragsunternehmen gewährt für die einwandfreie Ausführung und Funktionsfähigkeit der in Anlage 1 bis 3 angeführten Behelfe eine Gewährleistung nach den jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Wenn sich während dieser Zeiträume Mängel ergeben, sind alle zu ihrer Beseitigung erforderlichen Maßnahmen (Austausch, Abholung und Zustellung) innerhalb von vier Wochen kostenlos durchzuführen, soweit nicht nachweislich unsachgemäße Behandlung durch den Benutzer, höhere Gewalt etc. die Mängel bedingen.
- (3) Soweit in den Anlagen 1 bis 3 besondere Gewährleistungsbestimmungen und Fristen festgelegt sind, treten diese an Stelle der in Abs. 1 genannten.

§ 14

Einschaurecht

Der Krankenversicherungsträger ist berechtigt, in die zur Einhaltung der Vertragsbestimmungen notwendigen kundenbezogenen Aufzeichnungen der Vertragsfirma Einsicht zu nehmen bzw. ist die Vertragsfirma verpflichtet, dem Krankenversicherungsträger darüber entsprechende Auskünfte zu erteilen und im notwendigen Ausmaß kostenlos Kopien von den die Abgabe betreffenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Unterlagen sind in sinngemäßer Anwendung des § 132 Bundesabgabenordnung sieben Jahre aufzubewahren.

§ 15

Datenschutz, Schweigepflicht

Die Vertragsfirmen sind zur DSGVO-konformen Verwendung der zur Verfügung gestellten Daten verpflichtet, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag sowie der Einzelvereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten. Überdies sind auch die einschlägigen innerstaatlichen gesetzlichen Regelungen (österreichische Datenschutzgesetze) entsprechend zu beachten und einzuhalten.

§ 16

Invertragnahme

- (1) Der Inhalt dieses Gesamtvertrages ist ohne Abschluss von Einzelverträgen zwischen dem Krankenversicherungsträger und den Vertragsfirmen gemäß § 349 Abs. 3 und 4 ASVG wirksam.
- (2) Die Rechte und Pflichten der Vertragsfirmen ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Für neue Mitgliedsbetriebe bzw. neue Betriebsstätten wird nach positiver Prüfung der Zugangsvoraussetzungen entsprechend der gemäß § 8 vorzulegenden Nachweise eine Vertragspartnernummer durch den Krankenversicherungsträger vergeben, wodurch für diese die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages in der Folge gültig sind.

§ 17

Bestehende Regelungen und Abschluss von Zusatzvereinbarungen

- (1) Mit Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages treten sämtliche bestehenden Verträge, die zwischen den ehemaligen Gebietskrankenkassen bzw. dem Krankenversicherungsträger einerseits und der jeweiligen gesetzlichen Interessensvertretung andererseits abgeschlossen wurden und sich auf die Behelfe entsprechend der Anlagen dieses Gesamtvertrages beziehen, außer Kraft und werden durch diesen Gesamtvertrag ersetzt.
- (2) Der neue Gesamtvertrag ersetzt das zum Zeitpunkt des Inkrafttretens gültige aufrechte Vertragsverhältnis des Vertragspartners vollinhaltlich.

- HST 52 22.12.2022 10:05:17 001446
- (3) Der derzeit gültige Gesamtvertrag vom 08.08.1963 abgeschlossen zwischen der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft Sektion Gewerbe, Bundesinnung der Optiker, Wien I., Bauernmarkt 13, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien IX., Roßauer Lände 3, im Namen aller dem Hauptverband angeschlossenen Krankenversicherungsträger sowie im Namen der dem Verband der Meisterkrankenkassen angeschlossenen Meisterkrankenkassen andererseits betreffend die Belieferung der Versicherten und deren Angehörigen mit ärztlich verordneten Sehbehelfen bleibt vom neuen Gesamtvertrag unberührt.

§ 18 Schriftlichkeit

Sämtliche Änderungen und Ergänzungen dieses Gesamtvertrages bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftlichkeit.

§ 19 Beendigung der Vertragsbeziehung mit der Vertragsfirma

- (1) Die Vertragsbeziehung mit der Vertragsfirma erlischt ohne Kündigung mit sofortiger Wirkung
- a) mit dem Wegfall einer Berechtigung zur Ausübung der Gewerbe gemäß § 1 Abs. 2
 - b) mit Ablauf von sechs Monaten nach Ausscheiden des gewerberechtlichen Geschäftsführers mit der entsprechenden bestandenen Meisterprüfung Augenoptik, einem erfolgreichen Abschluss des Lehrganges für Kontaktlinsenoptiker und der bestandenen Befähigungsprüfung Kontaktlinsenoptik, sofern kein neuer gewerberechtlicher Geschäftsführer innerhalb dieses Zeitraumes bestellt wurde
 - während dieser Frist ist die Vertragsbeziehung mit der Vertragsfirma ruhend gestellt und können in diesem Zeitraum keine Behelfe auf Kosten des Krankenversicherungsträgers abgegeben werden
 - c) mit der Auflösung des Krankenversicherungsträgers
 - d) aus wichtigen Gründen im Sinne des § 25a der Insolvenzordnung
 - e) bei Vorliegen eines Beschlusses des Insolvenzgerichtes, der die Schließung des Unternehmens anordnet
- (2) Eine sofortige Beendigung der Vertragsbeziehung mit der Vertragsfirma durch den Krankenversicherungsträger ist nur aus wichtigem Grund möglich, z. B. bei schwerwiegenden, nachgewiesenen Vertragsverletzungen durch die Vertragsfirma. In diesem Fall ist unverzüglich die gesetzliche Interessensvertretung zu verständigen.
- (3) Die Vertragsbeziehung kann von der Vertragsfirma oder von der ÖGK zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt werden. Im Falle der beabsichtigten Kündigung der

Vertragsbeziehung mit der Vertragsfirma ist vorher die Bundesinnung zu verständigen und anzuhören.

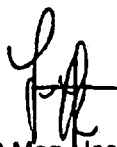
- (4) Bereits begonnene Arbeiten sind von der Vertragsfirma auch nach Vertragsende und nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu Ende zu führen. Ebenso ist die Gewährleistung gemäß § 13 auch nach dem Vertragsende zu erfüllen.

§ 20

Inkrafttreten und Beendigung des Gesamtvertrages

- (1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 01.01.2023 in Kraft und gilt für Verordnungen mit Ausstellungsdatum nach dem 31.12.2022. Der Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Dieser Vertrag tritt an die Stelle sämtlicher bestehender Verträge, die zwischen den Krankenversicherungsträgern gemäß Anlage 5 und deren Rechtsvorgängern einerseits und der jeweiligen gesetzlichen Interessensvertretung andererseits abgeschlossen wurden und sich auf die Abgabe von Kontaktlinsen und Brillen mit Kunststoffgläsern sowie vergrößernden Sehhilfen beziehen.
- (2) Jeder Vertragspartner ist berechtigt, den Gesamtvertrag jeweils zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes zu kündigen.

Wien, am 13.12.2022



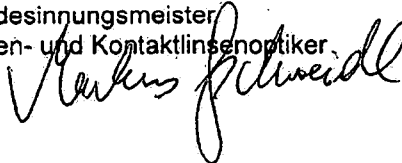
KR Mag. Josef Riegler
Bundesinnungsmeister

Bundesinnung der Gesundheitsberufe
Berufsgruppe der Augen- und Kontaktlinsenoptiker



Mag. (FH) Dieter Jank
Bundesinnungsgeschäftsführer

Mag. Dr. Markus Gschweidl, MSc
Bundesinnungsmeister
Augen- und Kontaktlinsenoptiker

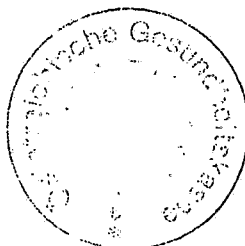


Für die Österreichische Gesundheitskasse:

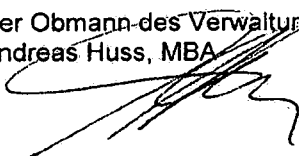
Für den Leitenden Angestellten:
Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



Anlagen
Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Anlage 4
Anlage 5



Der Obmann des Verwaltungsrates:
Andreas Huss, MBA



Anlage 1

**zum Gesamtvertrag vom 13.12.2022 betreffend die Abgabe von Kontaktlinsen,
Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen**

Kontaktlinsen

1. Kriterien für die Abgabe von Kontaktlinsen

Die Indikationen für Kontaktlinsen sind in der Satzung 2020 der ÖGK § 28 Abs. 3 geregelt und gelten österreichweit einheitlich:

- Anisometropie ab 3 Dioptrien bei nachweislich vorhandenem Binokularsehen
- Regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien
- Irregulärer Astigmatismus
- Keratokonus
- Hochgradige Myopie ab 6 Dioptrien
- Hypermetropie ab 6 Dioptrien
- Aphakie
- bei Erosion oder rezidivierender Erosion (nicht als Dauerversorgung)
- nach Nasenbeinoperationen (postoperativ bis zu 12 Wochen)
- Progrediente Myopie bei nachweislicher Dioptrienzunahme von mindestens einer Dioptrie pro Jahr bei Kindern und Jugendlichen bei Behandlung mit peripher Defokus modifizierten Kontaktlinsen oder Orthokeratologie Linsen

2. Verordnung

- Unmittelbare Verordnung des Kontaktlinsenoptikers
- Facharzt (Fachabteilung der Krankenanstalt)

Verpflichtende fachärztliche Verordnung:

- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
- Verbandslinsen
- Außertarifliche Kontaktlinsen

3. Mindestgebrauchsdauer

Die Mindestgebrauchsdauer für Kontaktlinsen ist in der Krankenordnung 2020 der ÖGK § 32 Abs. 1, Ziffer 7b geregelt und gilt österreichweit einheitlich 2 Jahre.

Folgende Kriterien für eine Unterschreitung der Mindestgebrauchsdauer werden festgelegt:

- Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,25 Dioptrien
- Ab Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,50 Dioptrien
- Orthokeratologie Linse: Folgeversorgung nach einem Jahr möglich

4. Bewilligung

Kriterien für die bewilligungsfreie Abgabe

- Vorliegen der Indikationen laut Satzung 2020 der ÖGK § 28 Abs. 3
- Einhaltung der zweijährigen Mindestgebrauchsdauer
Ausnahmeregelung: bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,25 Dioptrienänderung, ab Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,50 Dioptrienänderung.

Kontaktlinsenonderversorgungen laut Kostenvoranschlag bis zu einem Gesamtwert von € 600,00 (pro Paar, netto) bzw. € 300,00 (pro Stück, netto)

- Folgeversorgungen Orthokeratologie Linsen nach einem Jahr

Bewilligungspflicht

- Kontaktlinsenonderversorgungen über einem Gesamtwert von € 600,00 (pro Paar, netto) bzw. € 300,00 (pro Stück, netto)
- Folgeversorgungen während der Mindestgebrauchsdauer
- Kontaktlinsenversorgungen außerhalb des Indikationsbereiches laut Satzung 2020 der ÖGK

5. Zeitgleiche Versorgung mit Brillen und Kontaktlinsen

Im Falle einer Kontaktlinsenversorgung wird seitens des Krankenversicherungsträgers eine adäquate Brillenversorgung als Zweitversorgung zur Verfügung gestellt. Die Kriterien für die Kostenübernahme sind im Anhang 2 festgelegt.

6. Tarife (netto) und Mindestgebrauchsdauer

PosNr.	Leistung	Tarif in €	MGD
PAUSCHALE	Kontaktlinsenkontrolle inkl. Reinigung oder Nacharbeitung, Jahrespauschale pro Versorgung.	25,00	1 J
KLSPH	Kontaktlinse sphärisch pro Stück	134,00	2 J
KLTOR	Kontaktlinse torisch pro Stück	209,00	2 J
KLMEHR	Kontaktlinse Mehrstärken pro Stück	209,00	2 J
ORTHOK	Orthokeratologie Linse pro Stück	209,00	1 J
DEFOKUS	Peripher Defokus modifizierte Kontaktlinse pro Stück	209,00	2 J
KLKERA	Keratokoniuslinse pro Stück	350,00	2 J
KLVERB	Verbandslinsen zur Eigenanwendung für 6 Monate	70,00	6 M
KLSONDER	Außertarifliche Kontaktlinsenversorgung	KV	2 J

Erläuterungen:

Sphärisch: Myopie oder Hypermetropie ab 6,00 Dioptrien (+ oder - Wert)

Torisch: regulärer Astigmatismus (Zylinder ab 3 Dioptrien + oder – Wert) oder ab 6,00 Dioptrien (+ oder – Wert) im stärksten Hauptschnitt und Zylinder ab 0,75 Dioptrien

Mehrstärken: Fern- und Nahwerte, ab 6,00 Dioptrien (+ oder – Wert) im stärksten Hauptschnitt des Fernwertes

Anlage 2

**zum Gesamtvertrag vom 13.12.2022 betreffend die Abgabe von Kontaktlinsen,
Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen**

Kunststoffgläser und Fassungen

1. Kriterien für die Abgabe von Kunststoffgläsern

Indikationen für Kunststoffgläser

- bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres alle Dioptrienstärken
- ab Vollendung des 15. Lebensjahres ab 5,25 Dioptrien im stärksten Hauptschnitt (i.s.H.) oder Anisometropie oder Zylinder ab 2,50 Dioptrien
- für motorisch und geistig behinderte Personen alle Dioptrienstärken
- medizinische Gründe: Gesichts- und Kopfverletzungen (Gewicht der Brille), Ekzeme am Nasenrücken sowie Entfernung von Basalzellkarzinomen

Indikationen für höherbrechende Kunststoffgläser (Brechungsindex $\geq 1,67$)

- bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ab 5,25 Dioptrien i.s.H. oder Anisometropie oder Zylinder ab 3,00 Dioptrien
- ab Vollendung des 15. Lebensjahres ab 8,25 Dioptrien i.s.H. oder Anisometropie oder Zylinder ab 3,00 Dioptrien

2. Kriterien für die Abgabe von Fassungen

- Babyfassung (PosNr. FGBABY) bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres bei den Diagnosen „Linsenlosigkeit, Kurz- und Weitsichtigkeit oder Strabismus“
- Kinderfassung (PosNr. FGKI) bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres
- Erwachsenenfassung (PosNr. FGEW) ab Vollendung des 15. Lebensjahres
- Sonderversorgungen (PosNr. FGKV) nach Vollendung des 2. Lebensjahres bei ausreichender medizinischer Begründung

Die Kriterien für die Abgabe von Fassungen gelten im Zusammenhang mit Kunststoffgläsern, wobei die Anwendung auch bei der Versorgung mit mineralischen Gläsern seitens des Krankenversicherungsträgers österreichweit akzeptiert wird.

3. Verordnung

- Unmittelbare Verordnung des Augenoptikermeisters
- Facharzt (Fachabteilung der Krankenanstalt)

Verpflichtende fachärztliche Verordnung

- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
- Kunststoffgläser Sonderanfertigungen
- Fassung Sonderanfertigung

4. Mindestgebrauchsdauer

Die Mindestgebrauchsdauer für Brillen ist in der Krankenordnung 2020 der ÖGK § 32 Abs. 1, Ziffer 7a geregelt und gilt österreichweit einheitlich 3 Jahre.

Folgende Kriterien für eine Unterschreitung der Mindestgebrauchsdauer werden festgelegt:

- Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,25 Dioptrien oder bei Notwendigkeit einer Neuversorgung aufgrund des Wachstums (Vermerk „Wachstumsbrille“ am Verordnungsschein zwingend erforderlich)
- Ab Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,50 Dioptrien

5. Bewilligung

Kriterien für die bewilligungsfreie Abgabe

- Vorliegen der Indikationen laut Anhang 2, Punkt 1 und Punkt 2
- Einhaltung der dreijährigen Mindestgebrauchsdauer
Ausnahmeregelung: bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,25 Dioptrienänderung oder bei „Wachstumsbrille“, ab Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,50

Bewilligungspflicht

- Kunststoffgläser Sonderanfertigungen
- Fassungen Sonderanfertigung
- Neuversorgungen während der Mindestgebrauchsdauer
- Medizinisch indizierte Brillenzweitversorgungen mit höherbrechenden Kunststoffgläsern oder Kunststoffgläser Sonderversorgungen (Verweis auf Punkt 6)

6. Zeitgleiche Versorgung mit Brillen und Kontaktlinsen:

Im Falle einer Kontaktlinsenversorgung wird seitens des Krankenversicherungsträgers eine adäquate Brillenversorgung als Zweitversorgung in folgendem Ausmaß zur Verfügung gestellt:

Bis 8,00 Dioptrien: Kostenübernahme von mineralischen Gläsern

Ab 8,25 Dioptrien: Kostenübernahme von Kunststoffgläsern

Sollte der Versicherte ausdrücklich eine andere Versorgung wünschen, so sind etwaige Mehrkosten vom Versicherten zu tragen.

Medizinisch indizierte Zweitversorgungen mit höherbrechenden Kunststoffgläsern oder Kunststoffgläser Sonderversorgungen werden nur bei ausreichender medizinischer Begründung bewilligt.

7. Tarife pro Stück (netto) und Mindestgebrauchsdauer

PosNr.	Leistung	Tariff in €	MGD
KES5	Kunststoffglas Einstärken sphärisch bis 5,00 Dioptrien	19,00	3 J
KES8	Kunststoffglas Einstärken sphärisch 5,25 bis 8,00 Dioptrien	39,00	3 J
KET5	Kunststoffglas Einstärken torisch bis 5,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	29,00	3 J
KET8	Kunststoffglas Einstärken torisch 5,25 bis 8,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	46,00	3 J
KMS5	Kunststoffglas Mehrstärken sphärisch bis 5,00 Dioptrien	60,00	3 J
KMS8	Kunststoffglas Mehrstärken sphärisch 5,25 bis 8,00 Dioptrien	100,00	3 J
KMT5	Kunststoffglas Mehrstärken torisch bis 5,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	80,00	3 J
KMT8	Kunststoffglas Mehrstärken torisch 5,25 bis 8,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	115,00	3 J
KHES8	Kunststoffglas höherbrechend Einstärken sphärisch über 5,25 bis 8,0 Dioptrien	85,00	3 J

KHES16	Kunststoffglas höherbrechend Einstärken sphärisch 8,25 bis 16,00 Dioptrien	97,00	3 J
KHET8	Kunststoffglas höherbrechend Einstärken torisch 5,25 bis 8,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	93,00	3 J
KHET16	Kunststoffglas höherbrechend Einstärken torisch 8,25 bis 16,00 / Zylinder 4,00 Dioptrien	112,00	3 J
KHMSKI	Kunststoffglas höherbrechend Mehrstärken sphärisch 5,25 bis +9,00/-14,00 Dioptrien – Kinderversorgung (bis Vollendung 15. Lebensjahr)	170,00	3 J
KHMSEW	Kunststoffglas höherbrechend Mehrstärken sphärisch 8,25 bis +9,00/-14,00 Dioptrien (ab Vollendung 15. Lebensjahr)	170,00	3 J
KHMTKI	Kunststoffglas höherbrechend Mehrstärken torisch 5,25 bis +9,00/-14,00/ Zylinder 4,00 Dioptrien (bis Vollendung 15. Lebensjahr)	205,00	3 J
KHMTEW	Kunststoffglas höherbrechend Mehrstärken torisch 8,25 bis +9,00/-14,00/ Zylinder 4,00 Dioptrien (ab Vollendung 15. Lebensjahr)	205,00	3 J
KAG	Ausgleichsglas	35,00	3 J
KPF	Prismenfolie	30,00	3 J
KZZ	Zuschlag über 4,00 Zylinder	20,00	3 J
KZP	Zuschlag Prisma	43,00	3 J
KEKV	Kunststoffglas Einstärken Sonderanfertigung	KV	3 J
KMKV	Kunststoffglas Mehrstärken Sonderanfertigung	KV	3 J
KHKV	Kunststoffglas höherbrechend Sonderanfertigung	KV	3 J
FGEW	Fassung Erwachsene (F) ab Vollendung des 15. Lebensjahres	13,59	3 J
FGKI	Fassung Kinder (K) bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres	17,22	3 J
FGBABY	Fassung Baby bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres	110,00	3 J
FGKV	Fassung Sonderversorgung (bis max. € 120,00)	KV	3 J

Erläuterungen:

Sphärisch: Myopie oder Hypermetropie (+ oder - Wert)

Torisch: regulärer Astigmatismus (+ oder - Wert)

Mehrstärken: Fern- und Nahwerte im stärksten Hauptschnitt des Fernwertes

Anlage 3

zum Gesamtvertrag vom 13.12.2022 betreffend die Abgabe von Kontaktlinsen,
Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen

Vergrößernde Sehhilfen

1. Kriterien für die Abgabe von vergrößernden Sehhilfen

Indikationen

- Lupenbrille: Vergrößerungsbedarf $\geq 1,5$ fach und $\text{Visus}_{cc} \leq 0,3$ am besseren Auge
Bildschirmlesegerät (mobil/stationär): Diagnose (Makuladegeneration, diabetische Retinopathie und Opticusatrophie) und Restsehleistung ($\text{Visus}_{cc} \leq 0,1$)
- Kantenfiltervorhänger bzw. bei höherbrechenden Kunststoffgläsern Verrechnung von Kantenfilterzuschlag: Diagnose Netzhautdystrophie, Retinitis pigmentosa, Albinismus, Opticusatrophie

2. Verordnung

- Facharzt (Fachabteilung der Krankenanstalt)
- Unmittelbare Verordnung des Augenoptikermeisters

Verpflichtende fachärztliche Verordnung

- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
- Erstversorgungen
- Außertarifliche Sehhilfen

3. Mindestgebrauchsdauer

Die Mindestgebrauchsdauer bei vergrößernden Sehhilfen ist je nach Art der Sehhilfe unterschiedlich und im Anhang 3, Punkt 5 geregelt.

Folgende Kriterien für eine Unterschreitung der Mindestgebrauchsdauer werden festgelegt:

Kantenfilterzuschlag pro höherbrechendem Kunststoffglas (Regelung Kunststoffgläser):

- Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,25 Dioptrien oder bei Notwendigkeit einer Neuversorgung aufgrund des Wachstums (Vermerk „Wachstumsbrille“ am Verordnungsschein zwingend erforderlich)
- Ab Vollendung des 15. Lebensjahres: Änderung ab 0,50 Dioptrien

4. Bewilligung

Kriterien für die bewilligungsfreie Abgabe

Gültig für: Lupenbrille (monokular / binokular), Bildschirmlesegerät mobil, Kantenfiltervorhänger und Kantenfilterzuschlag pro höherbrechendem Kunststoffglas

- Vorliegen der Indikationen laut Anhang 3, Punkt 1
- Einhaltung der jeweiligen Mindestgebrauchsdauer laut Anhang 3, Punkt 5
Ausnahmeregelung Kantenfilterzuschlag: Neuversorgungen mit höherbrechenden Kunststoffbrillen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,25 Dioptrienänderung oder bei „Wachstumsbrille“, ab Vollendung des 15. Lebensjahres ab 0,50

Bewilligungspflicht

- Fernrohr Lupenbrillen
- Bildschirmlesegeräte stationär
- Außertarifliche Sehhilfen
- Neuversorgungen während der Mindestgebrauchsdauer

5. Tarife (netto) und Mindestgebrauchsdauer

PosNr.	Leistung	Tarif in €	MGD	Med. Reha
LBMONO	Lupenbrille monokular	375,00	3 Jahre	nein
LBBINO	Lupenbrille binokular	500,00	3 Jahre	nein
FLBMONO	Fernrohr Lupenbrille monokular	625,00	3 Jahre	nein
FLBBINO	Fernrohr Lupenbrille binokular	925,00	3 Jahre	nein
BLGMOB	Bildschirmlesegerät mobil	460,00	5 Jahre	nein
BLGSTAT	Bildschirmlesegerät stationär	2.047,50	6 Jahre	ja
KFVORH	Kantenfiltervorhänger	92,00	3 Jahre	nein
KFZUSCH	Kantenfilterzuschlag pro höherbrechendem Kunststoffglas	34,00	3 Jahre	nein
VSONDER	Außertarifliche Sehhilfen	KV	5 Jahre	nein

Erläuterungen:

Kantenfiltervorhänger:

Kosten für Kantenfiltervorhänger werden bei Erfüllung der Indikationen gemäß Anhang 3, Punkt 1 im Zusammenhang mit Brillenversorgungen (mineralisch oder Kunststoff) übernommen.

Auf Wunsch des Versicherten kann anstelle des Vorhängers der Kantenfilter ins Glas integriert werden. Der Krankenversicherungsträger übernimmt die Kosten für den Kantenfiltervorhänger, wobei die Mindestgebrauchsdauer mit 3 Jahren festgelegt ist. Im Fall einer Dioptrienänderung und einer erforderlichen Brillenneuversorgung ist der Vorhänger während der Mindestgebrauchsdauer kein weiteres Mal verrechenbar. Die Vertragsfirma hat den Versicherten diesbezüglich aufzuklären.

Bildschirmlesegerät (stationär):

Die Kostenübernahme erfolgt aus dem Titel „medizinische Rehabilitation“, daher ist vom Versicherten kein Kostenanteil einzuheben. Die Vertragsfirmen sind verpflichtet, dem Versicherten ein qualitativ hochwertiges stationäres Bildschirmlesegerät zum vereinbarten Tarif ohne weitere Zuzahlung zur Verfügung zu stellen. Aufzahlungen für spezielle Zusatzfunktionen sind gestattet, werden aber mit einem Maximalbetrag von € 1.512,00 brutto (entspricht dem 8fachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage, Wert 2022) festgelegt (Konsumentenschutz). Der Aufzahlungsbetrag ist per ELDA dem Krankenversicherungsträger elektronisch zu übermitteln, dafür ist das Feld „AUFZAHL“ (SA32 (33,73)) im Datensatz DHH zwingend zu verwenden.

Hinweis:

Nicht alle am Markt verfügbaren vergrößernden Sehhilfen und sonstigen Geräte, die für blinde oder sehbehinderte Menschen angeboten werden, erfüllen die Kriterien für eine Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger. Bei manchen Produkten (z. B. Braillezeile, Lesecomputer, Vorlesegeräte, Lampen und Spezialbeleuchtungen, Lesepulte...) kann die Zuständigkeit bei den Bundesländern – im Rahmen der Behindertenhilfe oder auf Basis der Sozialhilfegesetze der Länder – gegeben sein.

Anlage 4

zum Gesamtvertrag vom 13.12.2022 betreffend die Abgabe von Kontaktlinsen,
Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen

unmittelbare Verordnung

Versichertendaten	Name Patient:		
	VSNR:	Kostenträger:	Kostenanteilsbefreiung: ☐ ja ☐ nein
	Anschrift:		
	Name Versicherter:		VSNR:

Versorgung, Messung und Verrechnung	☐ Erstversorgung		☐ Folgeversorgung		Vorbezug (M/J):			
	Fachärztliche Verordnung:		☐ ja ☐ nein		Name des Arztes, Vertragspartnernummer, Verordnungsdatum			
	Versorgung:		☐ Brille ☐ Kontaktlinse ☐ vergrößernde Sehhilfe			☐ R ☐ L ☐ Fassung		
	Angepasst von:				Art des Sehbehelfes:			
					☐ Ferne ☐ Nähe ☐ Mehrstärken			
	autorisierter Augenoptikermeister*in				☐ Visus ₀₀₀ :			
	autorisierter Kontaktlinsenoptiker*in				☐ Sonderanfertigung inkl. Begründung:			
			sphärisch	cylindrisch	Achse Tabo	Verrechnung		
	Ferne	R				Anzahl	Positionsnummer	Betrag in Euro
		L						
Nähe	R							
	L							
Anmerkungen:								
					Gesamtbetrag netto			
					+20% UST			
					Gesamtbetrag brutto			
					-Selbstbehalt			
					Kassenleistung brutto			

Bestätigung des Patienten	
☐ Der Sehbehelf wurde mir angepasst. ☐ Eine tarifliche Versorgung wurde mir angeboten. ☐ Ich bestätige den ordnungsgemäßen Erhalt. ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass eine regelmäßige medizinische Kontrolle beim Augenfacharzt, auch wenn keine Probleme auftreten, ungefähr 1 x pro Jahr durchgeführt werden soll.	
Empfangsdatum	Unterschrift Versicherte/Versicherter

Vertragspartnernummer:	Datum, Stempel, Unterschrift des autorisierten anpassenden Augenoptikermeisters/Kontaktlinsenoptikers
Filialnummer / Adresse:	

Anlage 5

**zum Gesamtvertrag vom 13.12.2022 betreffend die Abgabe von Kontaktlinsen,
Kunststoffbrillen und vergrößernden Sehhilfen**

Verzeichnis der Versicherungsträger

Österreichische Gesundheitskasse

