

APOTHEKERGESAMTVETRAG

gemäß §§ 348a ff ASVG, § 181 BSVG, § 193 GSVG

und § 128 B-KUVG,

geschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der
Österreichischen Apothekerkammer

Geltungsbereich

§ 1. (1) Dieser Gesamtvertrag regelt ohne Abschluss von Einzelverträgen und ohne gesonderte Zustimmungs- oder Beitrittserklärung des Apothekers die Beziehungen zwischen den gemäß § 31 Abs. 1 ASVG im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden Hauptverband genannt) zusammengefassten Trägern der Krankenversicherung und den Mitgliedern der Österreichischen Apothekerkammer, die eine Apotheke als Konzessionär, als Pächter oder als sonstiger Apothekenleiter – ausgenommen die Stellvertreter gemäß § 17b Abs. 2 Apothekengesetz – leiten (im folgenden Apotheker genannt).

(2) Die Begriffe des Gesamtvertrages sind gemäß dem ASVG und seinen Nebengesetzen (BSVG, GSVG, B-KUVG) auszulegen.

Abgabe von Heilmitteln

§ 2. (1) Heilmittel sind von den Apothekern auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers abzugeben, wenn ein für einen Krankenversicherungsträger gültiges Rezept gemäß Anlage I, § 2 (Kassenrezept) vorliegt.

(2) Für die Abgabe von Arzneien (Arzneispezialitäten, Arzneistoffe, magistrale Zubereitungen) gelten neben den gesetzlichen Bestimmungen und dem Gesamtvertrag insbesondere die Bestimmungen der Anlage I.

(3) Für die Abgabe von sonstigen Mitteln gelten neben den gesetzlichen Bestimmungen und dem Gesamtvertrag insbesondere die Bestimmungen der Anlage II.

(4) Als gültige Kassenrezepte im Sinne des Abs. 1 gelten auch Verschreibungen eines Arztes (Privatrezepte, Klinikrezepte), wenn diese von einem Krankenversicherungsträger als Kassenrezept anerkannt wurden.

(5) Für Kostenübernahmeerklärungen und die Anerkennung von Privatrezepten als Kassenrezepte sollen von allen Krankenversicherungsträgern einheitliche Stampiglien verwendet werden. Aus den Stampiglien muss die Kostenübernahmeerklärung oder die Anerkennung eines Privatrezeptes als Kassenrezept zweifelsfrei erkennbar sein.

Abgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

§ 3. Für die Abgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Rechnung der Krankenversicherungsträger gelten neben gesetzlichen Bestimmungen und dem Gesamtvertrag insbesondere die Bestimmungen der Anlage III.

Abgabebedingungen

§ 4. (1) Ein auf Rechnung der Krankenversicherungsträger verschriebenes Heilmittel ist nicht mit dem Krankenversicherungsträger zu verrechnen, wenn die gesetzliche Rezeptgebühr des jeweiligen Heilmittels höher ist als der Kassenpreis (inkl. USt.). Ist der Kassenpreis (inkl. USt.) niedriger als die gesetzliche(n) Rezeptgebühr(en), dann gilt Folgendes: Ist der Privatverkaufspreis (inkl. USt.) niedriger als die gesetzliche Rezeptgebühr, ist nur dieser den Patienten in Rechnung zu stellen, andernfalls ein der jeweiligen Rezeptgebühr entsprechender Betrag.

(2) Heilbehelfe und Hilfsmittel sind für Rechnung der Krankenversicherungsträger nicht abzugeben, wenn der vom Versicherten zu tragende Kostenanteil höher ist als der Kassenpreis (inkl. USt.) gemäß Anlage III.

(3) Ist keine Rezeptgebühr oder kein Kostenanteil zu entrichten, sind die Abs. 1 und 2 nicht anzuwenden.

Ordinationsbedarf

§ 5. (1) Ordinationsbedarf, dessen Bezug durch Vertragsärzte von einem Krankenversicherungsträger auf dessen Rechnung bewilligt wurde, ist von den Apothekern innerhalb der von dem Krankenversicherungsträger

festgesetzten Einlösungsfrist in einem abzugeben und darf erst nach erfolgter Abgabe den Krankenversicherungsträgern verrechnet werden.

(2) Apothekenpflichtiger Ordinationsbedarf ist aus einer öffentlichen Apotheke zu beziehen.

Rezeptgebühren und Kostenanteile.

§ 6. (1) Die Apotheker haben bei der Abgabe auf Rechnung der Krankenversicherungsträger die entsprechende Rezeptgebühr oder den vom Versicherten zu tragenden Kostenanteil einzuheben.

(2) Eine Rezeptgebühr ist nicht einzuheben, wenn die Befreiung von der Rezeptgebühr in der in den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise vorgesehenen Art auf dem Kassenrezept ersichtlich ist oder auf eine andere vom Hauptverband für den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger der Österreichischen Apothekerkammer bekannt gegebene Weise vom Versicherten nachgewiesen wird. Wird der Befreiungssachverhalt vom Versicherten auf eine andere Weise nachgewiesen, kann der Apotheker auf eigene Gefahr von der Einhebung der Rezeptgebühr absehen. Der Apotheker hat die Art des Nachweises und die Nichteinhebung auf dem Rezept zu bestätigen.

(3) Für einen Heilbehelf bzw. ein Hilfsmittel ist ein Kostenanteil nicht einzuheben, wenn die Befreiung davon auf die vom Hauptverband der Österreichischen Apothekerkammer bekannt gegebene Art und Weise vom Versicherten nachgewiesen wird.

(4) Hat der Krankenversicherungsträger bei der Bewilligung eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels auf dem Verordnungsschein die Kostenübernahme eingeschränkt, ist die Differenz zwischen dem bewilligten Betrag und dem für begünstigte Bezieher gültigen Abgabepreis (Kassenpreis) vom Versicherten einzuheben.

Rechnungslegung und Bezahlung

§ 7. (1) Die öffentlichen Apotheken sind verpflichtet, elektronisch abzurechnen. Die Verrechnung erfolgt über die Pharmazeutische Gehaltskasse. Die Krankenversicherungsträger sind verpflichtet, elektronische Abrechnungen anzunehmen. Abrechnungen in anderer Form werden von Seiten der Krankenversicherungsträger nicht entgegengenommen. Die genauen Bestimmungen sind in der Anlage IV enthalten.

(2) Die öffentlichen Apotheken sind verpflichtet, bei der elektronischen Rezeptabrechnung die zehnstellige Versicherungsnummer des Patienten zu erfassen. In der Abrechnung müssen, bezogen auf die Anzahl der Rezepte, durch den Apotheker pro Krankenversicherungsträger jedenfalls mindestens 98 % Versicherungsnummern erfasst sein.

(3) Bis der Prozentsatz jener Rezepte, die eine maschinenlesbare Versicherungsnummer auf dem Rezept (EAN 13 gemäß Vereinbarung vom 14. Oktober 1997) aufweisen, pro abrechnenden Krankenversicherungsträger und Bundesland mindestens 70 % der Rezepte pro öffentlicher Apotheke erreicht, erhalten die öffentlichen Apotheken, für Rezepte, bei denen die Versicherungsnummern händisch erfasst werden müssen, eine Abgeltung von 2 Cent pro Rezept.

(4) Die auf Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegebenen Arzneien (§ 2 Abs. 2) sind nach den Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe und den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages von dem auf dem Rezept bezeichneten Krankenversicherungsträger zu bezahlen.

(5) Für abgegebene Ärztemuster übernehmen die Krankenversicherungsträger keine Kosten.

(6) Die auf Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegebenen sonstigen Mittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel sind nach der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apothekerkammer in den Anlagen II und III vereinbarten Preisbildung zu bezahlen.

(7) Die Arzneispezialitäten sind zu den im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages angeführten und vom Hauptverband bekannt gegebenen Kassenpreisen abzugeben.

(8) Ist eine Arzneispezialität nicht im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages angeführt, ist der Preis gemäß den Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe zu ermitteln. Im Rahmen der gesamten Vertriebskette ist nur eine Großhandels- und eine Apothekenspanne zu verrechnen. Bezugsquelle und -preis (Apothekeneinstandspreis) sind vom Apotheker dem Krankenversicherungsträger nachzuweisen. Die Kosten werden durch den Krankenversicherungsträger nur dann übernommen, wenn der Apotheker einen Kostenvoranschlag vor der Beschaffung der Arzneispezialität dem Krankenversicherungsträger vorlegt und der Krankenversicherungsträger dazu ausdrücklich seine Zustimmung erteilt.

(9) Telegrammgebühren, Fernsprechgebühren, Porto, Zoll usw. dürfen den Krankenversicherungsträgern nur dann verrechnet werden, wenn diese nachweislich entstanden sind und der Krankenversicherungsträger vorher auf sie hingewiesen wurde und sich dieser zur Übernahme der Kosten bereit erklärt hat.

Vertriebsweg für Arzneimittel

§ 7a. Die Wahl der Apotheke obliegt dem Anspruchsberechtigten; die Zuweisung an eine bestimmte Apotheke ist unzulässig.

Gegenseitige Unterstützungspflicht

§ 8. (1) Der Hauptverband, die Krankenversicherungsträger, die Österreichische Apothekerkammer, die Apotheker und die Pharmazeutische Gehaltskasse haben bei der Durchführung dieses Vertrages einander zu unterstützen und die hierfür notwendigen Auskünfte zu erteilen. Sie haben weiters alles zu unterlassen, was das Ansehen der anderen Vertragspartei in der Öffentlichkeit herabsetzen könnte; überdies haben sie den Schlichtungsausschuss und die Bundesschiedskommission bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

(2) Bei der Erstellung und Änderung von Vordrucken (z.B. Kassenrezeptformular, Verordnungsschein) oder elektronischen Rezepten bzw. Verordnungsscheinen hat der Hauptverband der Österreichischen Apothekerkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und tunlichst das Einvernehmen mit dieser herzustellen.

Zusammenarbeit

§ 9. (1) Ist nach einer Enthebung und/oder einer Kündigung eines Apothekers eine Neubestellung notwendig, wird die Österreichische Apothekerkammer in den diesbezüglichen verwaltungsbehördlichen Verfahren vor der Abgabe einer Stellungnahme den Hauptverband anhören. Binnen zwei Wochen mitgeteilte Bedenken des Hauptverbandes wird die Österreichische Apothekerkammer der zuständigen Behörde bekannt geben.

(2) Das gleiche gilt, wenn ein gekündigter oder von der Apothekenleitung enthobener Apotheker wiederum die Leitung einer Apotheke übernehmen soll.

Auslegung

§ 10. Der Gesamtvertrag ist nach den für Gesetze geltenden Auslegungsregeln (§§ 6 ff. ABGB) auszulegen.

Schlichtung von Streitigkeiten

§ 11. (1) Streitigkeiten (§ 2 der Anlage V) zwischen einem Apotheker und einem Krankenversicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Dazu kann der Apotheker Personen seines Vertrauens (z.B. Vertreter der Apothekerkammer und der Pharmazeutischen Gehaltskasse) beiziehen. Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so kann der Streitfall auf Antrag im Schlichtungsausschuss (Abs. 2) weiterbehandelt werden.

(2) Zur Entscheidung von Streitigkeiten, die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen den einzelnen Apothekern und den Krankenversicherungsträgern ergeben (ausgenommen Streitigkeiten nach §§ 348c und 348d ASVG, und die entsprechenden Bestimmungen in den Nebengesetzen), wird ein Schlichtungsausschuss (Anlage V) mit Sitz in Wien eingerichtet. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind in den Fällen, in denen die Bundesschiedskommission gemäß § 348e Abs. 2 ASVG bzw. den entsprechenden Nebengesetzen nicht angerufen wurde, Exekutionstitel im Sinne des § 1 Z. 16 der Exekutionsordnung.

(3) Bei Streitigkeiten über die Auslegung oder über die Anwendung des bestehenden Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband oder einem Krankenversicherungsträger einerseits und der Österreichischen Apothekerkammer oder der Pharmazeutischen Gehaltskasse andererseits, ist zu versuchen, diese Streitigkeiten in einem gemeinsamen Gespräch beizulegen. Kann keine Einigung erzielt werden, steht es den Vertragsparteien offen, die Bundesschiedskommission gemäß § 348e Abs. 1 ASVG anzurufen.

Anlagen

§ 12. Die Anlagen I, II, III, IV und V sind Bestandteile dieses Gesamtvertrages.

Geltungsdauer, Kündigung

§ 13. Dieser Gesamtvertrag tritt am 1. April 2006 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann nach den Bestimmungen des § 348b ASVG bzw. den entsprechenden Nebengesetzen gekündigt werden.

Aufnahme von Gesprächen innerhalb der Kündigungsfrist

§ 14. Nach Kündigung dieses Gesamtvertrages werden der Hauptverband einerseits und die

Österreichische Apothekerkammer und die Pharmazeutische Gehaltskasse andererseits innerhalb der Kündigungsfrist Gespräche über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 15. Soweit in diesem Gesamtvertrag personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Übergangsbestimmung

§ 16. Alle Streitigkeiten über die Auslegung und Anwendung von Vereinbarungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages entstanden sind, sind nach den zum Zeitpunkt des Entstehens der Streitigkeiten in Geltung gewesenen Rechtsvorschriften zu behandeln.

Schlussbestimmungen

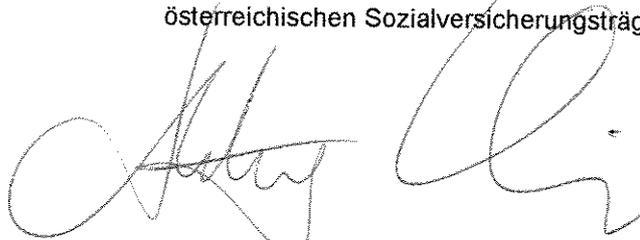
§ 17. Mit Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages tritt der Gesamtvertrag vom 15. Dezember 1987 samt Zusatzvereinbarungen, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Apothekerkammer einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits außer Kraft.

Verlautbarung

§ 18. Dieser Gesamtvertrag und seine Änderungen werden von der Österreichischen Apothekerkammer in der „Österreichischen Apotheker-Zeitung“ und vom Hauptverband im Internet unter www.avsv.at kundgemacht.

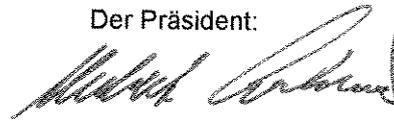
Wien, am 13. März 2006

Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger



Österreichische Apothekerkammer

Der Präsident:



(Mag. pharm. Dr. Herbert Cabana)



Soweit der Gesamtvertrag Beziehungen der Pharmazeutischen Gehaltskasse regelt stimmt die Pharmazeutische Gehaltskasse diesen Bestimmungen zu.

Anlagen

ANLAGE I

ABGABE VON ARZNEIEN AUF RECHNUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER

Allgemeine Bestimmungen

§ 1. (1) Arzneien dürfen von den Apothekern auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nur abgegeben werden, wenn ein gültiges Kassenrezept (§ 2) vorliegt.

(2) Arzneien sind – unbeschadet einer nach § 8a des Apothekengesetzes eingerichteten Zustelleinrichtung bzw. einer Arzneimittelabgabe gemäß § 8 Abs. 3 Apothekengesetz – an den Patienten selbst bzw. an den Überbringer des Rezeptes abzugeben.

(3) Arzneien dürfen an Personen, die gleichzeitig Kassenrezepte für mehr als fünf verschiedene Versicherte vorlegen, nur abgegeben werden, wenn auf dem Kassenrezept der Name des Überbringers vermerkt wird. Bestehen beim Apotheker Zweifel, dass die auszufolgenden Arzneien an die am Kassenrezept genannten Patienten unmittelbar weitergegeben werden, darf keine Abgabe erfolgen.

Gültigkeitserfordernisse für Kassenrezepte

§ 2. (1) Ein Kassenrezept oder *eine Suchtgiftverschreibung (inkl. jene zur Substitutionstherapie)* ist gültig, wenn folgendes darauf vermerkt ist:

1. im Rezeptkopf:

- a) der zuständige Krankenversicherungsträger und (soweit vorgesehen) die Versichertenkategorie;
- b) Vorname; Familienname und die 10-stellige Versicherungsnummer (wenn keine Versicherungsnummer eruiert werden kann, jedenfalls das Geburtsdatum) des Patienten, für den das Heilmittel bestimmt ist.
- c) Bei Inanspruchnahme von Leistungen durch in anderen EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz versicherte Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzende Anspruchsbescheinigung ist jedenfalls auch die bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer anzuführen. Soweit vorhanden müssen diese Daten mit den Angaben am Rezept übereinstimmen. Der Apotheker hat jedoch nicht für die Richtigkeit der Angaben einzustehen.
- d) wenn das Kassenrezept eine Verschreibung für einen Angehörigen enthält, tunlichst auch Vorname, Familienname und Versicherungsnummer des Versicherten;
- e) für nicht krankenversicherte Personen, die einer Gebietskrankenkasse aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens zur Betreuung zugeteilt sind, die Angabe der zuständigen Gebietskrankenkasse und im Feld „Beschäftigt bei“ ein auf die gesetzliche Grundlage hindeutender Vermerk (z.B. „KOVG“);

2. in der Rezeptur:

- a) das Ausstellungsdatum;
- b) das verordnete Heilmittel;
- c) die Darreichungsform und die zahlenmäßige Angabe der Menge und der Stärke des verordneten Heilmittels, soweit dies für eine eindeutige Identifizierung erforderlich ist;

d) die Gebrauchsanweisung, wenn eine solche nach § 3 Abs. 1 lit. e des Rezeptpflichtgesetzes erforderlich ist;

3. als Signum:

a) ein Abdruck des Vertragsarztstempels, des Stempels einer Vertragseinrichtung oder des Stempels einer eigenen Einrichtung der Krankenversicherungsträger; in Ausnahmefällen ein anderer Stempel des Vertragsarztes; bei Fehlen eines Stempels der in Blockschrift oder Maschinschrift beigesetzte Name und Berufssitz sowie die Vertragspartnernummer des Arztes; bei EDV bedruckten Rezepten ersetzt der Aufdruck des Namens, der Adresse und der Vertragspartnernummer die Stampiglie.

b) die eigenhändige Unterschrift des verschreibenden Vertragsarztes, des Arztes einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung des Krankenversicherungsträgers.

(2) Bei einer Suchtgiftverschreibung (inkl. jener zur Substitutionstherapie) hat die Vignette entsprechend den Bestimmungen der Suchtgiftverordnung auf dem Rezept angebracht zu sein.

(3) Sind auf einem Kassenrezeptformular Kurzbezeichnungen für einen Krankenversicherungsträger (z.B. GKK) entwertet worden, so ist dieses Rezept für diesen Krankenversicherungsträger nur dann als Kassenrezept gültig, wenn es anerkannt wird.

Prüfung und Ergänzung von Kassenrezepten

§ 3. (1) Der Apotheker hat vor der Abgabe zu überprüfen, ob ein vollständig ausgefülltes Kassenrezept vorliegt. Der Apotheker ist nicht verpflichtet, die auf dem Kassenrezept enthaltenen Angaben über den Versicherten oder Angehörigen, über den Krankenversicherungsträger sowie den Leistungsanspruch des Versicherten bzw. Angehörigen und die Zuständigkeit des verschreibenden bzw. bewilligenden Arztes auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

(2) Fehlt das Ausstellungsdatum, dürfen Arzneien erst nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt abgegeben werden. Die Angaben des Arztes sind vom Apotheker auf dem Rezept zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen.

(3) Sind die Angaben auf dem Kassenrezept bezüglich der Darreichungsform oder Stärke unklar, dürfen Arzneien erst nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt abgegeben werden. Die Angaben des Arztes sind vom Apotheker auf dem Rezept zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen. Ist eine Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt nicht möglich, dürfen Arzneien abgegeben werden, wenn auf eine sonstige geeignete Weise eine Klarstellung hinsichtlich der Darreichungsform oder Stärke erreicht werden kann. Die Art und Weise der Klarstellung ist vom Apotheker auf dem Rezept zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen. Andernfalls sind die Arzneien nach den Bestimmungen der §§ 7 und 8 abzugeben.

Gültigkeitsdauer von Kassenrezepten

§ 4. (1) Arzneien dürfen für Rechnung eines Krankenversicherungsträgers bis spätestens 1 Monat nach dem Ausstellungsdatum abgegeben werden.

(2) Bei Anerkennung eines Privatrezeptes als Kassenrezept gilt der Tag der Anerkennung als Ausstellungsdatum im Sinne des Abs. 1.

(3) Arzneien, die im Rahmen eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes (z.B. Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst, Ärztelehrdienst, ärztlicher Notdienst) auf einem besonders gekennzeichneten Kassenrezept verschrieben wurden, dürfen nur am Ausstellungstag oder am darauffolgenden Tag abgegeben werden.

(4) Arzneien, die auf einem Spitalskassenrezept verschrieben wurden, dürfen nur innerhalb der auf dem Spitalskassenrezept angegebenen Gültigkeitsdauer abgegeben werden

Apothekenstampiglie

§ 5. Auf jedem Kassenrezept ist nach Abgabe der Arzneien in dem dafür vorgesehenen Feld die Apothekenstampiglie mit integriertem Datum aufzubringen. In Ausnahmefällen kann die Apothekenstampiglie durch Druckschrift ersetzt werden.

Korrekturen auf dem Kassenrezept

§ 6. (1) Wurden die im § 2 Abs. 1 Z. 2 genannten Angaben korrigiert bzw. ergänzt, ist diese Korrektur bzw. Ergänzung nur gültig, wenn diese Änderung grundsätzlich vor der Abgabe mit einem Korrektur- bzw. Ergänzungsvermerk und der Unterschrift (Paraphe) des verschreibenden Arztes versehen wurde. Dies gilt nicht für die Vermerke des Apothekers in den Fällen des § 3 Abs. 2. Wird die Rücksprache des Apothekers mit dem verschreibenden Arzt auf dem Rezept vermerkt und paraphiert, darf die Anbringung des vergessenen Korrektur- oder Ergänzungsvermerkes durch den Arzt auch noch nach der Arzneiabgabe erfolgen.

(2) Einer Korrektur seitens des Arztes bedarf es jedoch nicht, wenn in den ersten 14 Tagen eines Jahres in der Datumsangabe noch das Vorjahr aufscheint (z.B. 10. Jänner 1986 statt 10. Jänner 1987).

(3) Falls in der Rezeptur unterschiedliche Schriftbilder aufscheinen, die den Verdacht des Missbrauches erwecken, muss die Richtigkeit der Verschreibung zusätzlich durch die Paraphe des Arztes bestätigt sein.

(4) Korrekturen des Abgabedatums auf dem Kassenrezept sind grundsätzlich nicht zulässig.

Abgabe von Arzneispezialitäten

§ 7. (1) Arzneispezialitäten dürfen von den Apothekern auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nur abgegeben werden, wenn ein gültiges Kassenrezept (§ 2) vorliegt.

(2) Die Arzneispezialitäten sind in den am Rezept angeführten Packungsgrößen, Mengenangaben, Darreichungsformen und Wirkstoffstärken abzugeben.

(3) Hat der Arzt eine Arzneispezialität ohne Angaben über die Packungsgröße (bzw. mit Angaben wie: „große Packung“, „Kurpackung“, „Bündelpackung“ oder ähnliches) verschrieben, ist wie folgt vorzugehen:

1. wenn der Arzt von einer Arzneispezialität ohne Mengenangabe eine Originalpackung (I OP oder OP I) verschrieben hat, ist die kleinste im Erstattungskodex angeführte Packungsgröße abzugeben,
2. wenn der Arzt von einer Arzneispezialität ohne Mengenangabe eine Originalpackung (I OP oder OP I) verschrieben hat und die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist, so ist die kleinste im Warenverzeichnis angeführte Packungsgröße abzugeben,

(4) Hat der Arzt mehrere Packungen einer Arzneispezialität ohne Mengenangabe verschrieben, so ist zunächst die Menge durch Multiplikation mit dem Inhalt der kleinsten Packung aus dem Erstattungskodex zu ermitteln und mit der geringsten Anzahl an Packungen aus dem Erstattungskodex zu erfüllen. Ist die Arzneispezialität mit keiner Packungsgröße im Erstattungskodex angeführt, ist die Menge durch Multiplikation mit dem Inhalt der kleinsten im Warenverzeichnis angeführten Packung zu ermitteln und mit der geringst möglichen Anzahl von Packungen aus dem Warenverzeichnis zu erfüllen.

(5) Hat der Arzt eine Arzneispezialität in einer Packungsgröße verschrieben, die nicht im Warenverzeichnis angeführt ist, ist die verordnete Menge mit der geringst möglichen Anzahl von Packungen aus dem Erstattungskodex zu erfüllen. Die verschriebene Menge darf, ausgenommen bei der kleinsten Menge aus dem Erstattungskodex nicht überschritten werden. Ist die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt, ist die verordnete Menge mit der geringst möglichen Anzahl von Packungen aus dem Warenverzeichnis zu erfüllen.

(6) Hat der Arzt eine Arzneispezialität ohne Angabe der Arzneiform verschrieben und kann aus der Dosierung, Gebrauchsanweisung bzw. Anordnung des Arztes an den Patienten auf die Arzneiform nicht geschlossen werden, ist die verordnete Menge der kostengünstigsten im Erstattungskodex angeführten oralen Arzneiform abzugeben. Ist keine solche orale Arzneiform im Erstattungskodex enthalten, ist (soweit vorhanden) die verordnete Menge der kostengünstigsten Arzneiform des Warenverzeichnisses abzugeben. Der Apotheker hat darüber am Rezept einen Vermerk anzubringen und mit Paraphe zu bestätigen.

(7) Hat der Arzt eine Arzneispezialität verschrieben, die mit verschiedenem Gehalt an Wirkstoffen im Handel ist und wurde keine Angabe über die Stärke gemacht, ist, sofern die Bestimmungen des § 3 Abs. 3 nicht angewendet werden können, die kleinste Packung aus dem Erstattungskodex mit dem geringsten Gehalt an Wirkstoffen abzugeben. Ist die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex enthalten, so ist die kleinste Packung aus dem Warenverzeichnis mit dem geringsten Gehalt an Wirkstoffen abzugeben.

(8) Hat der Arzt eine Arzneispezialität für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verschrieben und sind von dieser Arzneispezialität Packungen mit dem Vermerk „für Kinder“ und „für Erwachsene“ im Handel, ist, wenn der Arzt diese Angaben nicht vermerkt hat, die Arzneiform in der für Kinder bestimmten Stärke (Konzentration, Dosierung) abzugeben.

(9) Hat der Arzt von einer in mehreren Packungsgrößen verschreibbaren Arzneispezialität eine größere als die kleinste Packung verschrieben und ist die größere Packung nachweisbar nicht lieferbar, sind höchstens zwei im Erstattungskodex angeführte kleinere Packungsgrößen abzugeben. Ist die Arzneispezialität nicht im Erstattungskodex angeführt, so sind höchstens zwei im Warenverzeichnis angeführte kleinere Packungsgrößen abzugeben. Die verschriebene Menge darf in jedem Fall dabei nicht überschritten werden.

(10) Hat der Arzt eine kleinere Packungsgröße einer Arzneispezialität verschrieben und ist diese nachweisbar nicht lieferbar, ist die Abgabe einer größeren Packungsgröße grundsätzlich nur nach Rücksprache mit dem Krankenversicherungsträger möglich.

(11) Kann eine ärztliche Verschreibung vom Apotheker nicht expediert werden, weil die verordnete Arzneispezialität nachweisbar nicht erhältlich ist, so kann nach hergestelltem Einvernehmen mit dem verschreibenden Arzt eine von diesem angegebene andere Arzneispezialität(en) abgegeben werden. Auf dem

Rezept ist vom Apotheker ein Vermerk über die Nichtlieferbarkeit und über die Weisung des verschreibenden Arztes anzubringen und mit Paraphe zu bestätigen.

(12) Der Apotheker hat bei der Abgabe von Arzneispezialitäten gemäß Abs. 4 bis 10 die abgegebenen Packungen nach Zahl und Größe auf dem Kassenrezept zu vermerken und im Falle der Abs. 9 bis 10 beizufügen, bei welchen Lieferanten (möglichst zwei) die verschriebene Packungsgröße (Arzneispezialität) nicht erhältlich war. Diese Beifügung entfällt, wenn eine entsprechende Kennzeichnung im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages vorliegt.

(13) Arzneispezialitäten, die in einer nicht gebrauchsfertigen Form im Handel sind, dürfen zum direkten Gebrauch durch den Patienten nur im gebrauchsfertigen Zustand abgegeben werden.

Abgabe von magistralen Zubereitungen

§ 8. (1) Die Abgabe von magistralen Zubereitungen auf Rechnung der Krankenversicherungsträger darf nur erfolgen, wenn zur Herstellung Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die im Österreichischen Arzneibuch bzw. in der Österreichischen Arzneitaxe oder Arzneispezialitäten, die im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages enthalten sind, verwendet wurden.

(2) Wäre für eine magistrale Zubereitung ein wortgeschützter Arzneistoff erforderlich, für den in der Österreichischen Arzneitaxe kein Preisansatz aufscheint, kann (können) der (die) in der Österreichischen Arzneitaxe angeführte(n) chemisch identische(n) Arzneistoff(e), für den (die) in der Österreichischen Arzneitaxe ein Preisansatz aufscheint, verwendet werden. Desgleichen kann ein nicht wortgeschützter Arzneistoff, für den in der Österreichischen Arzneitaxe kein Preisansatz aufscheint, durch einen in der Österreichischen Arzneitaxe angeführten, chemisch identischen, wortgeschützten Arzneistoff, für den in der Österreichischen Arzneitaxe ein Preisansatz aufscheint, ersetzt werden.

(3) Enthält die Österreichische Arzneitaxe bzw. das Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages für einen Stoff (eine Zubereitung aus Stoffen), der (die) zur Herstellung einer magistralen Zubereitung benötigt wird, keinen Preisansatz, übernimmt der Krankenversicherungsträger die Kosten auch für diesen Stoff.

(4) Ist ein für die Herstellung einer magistralen Zubereitung benötigter Stoff (eine Zubereitung aus Stoffen) weder in der Österreichischen Arzneitaxe noch im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages enthalten, ist der Preis gemäß den Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe zu ermitteln. Im Rahmen der gesamten Vertriebskette ist nur eine Großhandels- und eine Apothekenspanne zu verrechnen. Bezugsquelle und –preis (Apothekeneinstandspreis) sind vom Apotheker dem Krankenversicherungsträger nachzuweisen. Die Kosten werden durch den Krankenversicherungsträger nur dann übernommen, wenn der Apotheker einen Kostenvoranschlag vor der Beschaffung des Stoffes (bzw. der Zubereitung aus Stoffen) dem Krankenversicherungsträger vorlegt und der Krankenversicherungsträger dazu ausdrücklich seine Zustimmung erteilt.

(5) Telegrammgebühren, Fernsprechgebühren, Porto, Zoll usw. dürfen den Krankenversicherungsträgern nur dann verrechnet werden, wenn diese nachweislich entstanden sind und der Krankenversicherungsträger vorher auf sie hingewiesen wurde und sich dieser zur Übernahme der Kosten bereit erklärt hat.

Vergütung bei der Herstellung magistraler Zubereitungen

§ 9. (1) Magistrale Zubereitungen sind lege artis herzustellen. Dabei ist auf eine größtmögliche Wirtschaftlichkeit zu achten.

(2) Magistrale Zubereitungen, welche in Bezug auf Stärke oder Konzentration von den in der Österreichischen Arzneitaxe angeführten Arzneizubereitungen abweichen, sind gemäß der magistralen Herstellung zu berechnen.

(3) Bei magistralen Zubereitungen einer Arznei kann in allen Fällen ein neues Gefäß verwendet und in Rechnung gestellt werden. Die Verrechenbarkeit von Gefäßen für magistrale Zubereitungen für den Ordinationsbedarf richtet sich nach den jeweiligen Regelungen der Krankenversicherungsträger. Für die Größe des verrechenbaren Gefäßes sind die Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe maßgebend. Bei Verschreibungen von Pastillen und Tabletten ist für die Berechnung der Gefäße das einfache Gewicht, bei Suppositorien, Globuli und Kapseln das doppelte Gewicht der verordneten Arznei maßgebend.

(4) Ist zur Herstellung einer magistralen Zubereitung eine Arzneispezialität zu verwenden und weicht die verschriebene Menge vom Inhalt einer im Handel befindlichen Packung ab, ist bei der Preisberechnung von der nächstgrößeren Packung, die über der verschriebenen Menge liegt, auszugehen, sofern diese nicht mehr als das Zehnfache der kleinsten Packung beinhaltet. Für die verbrauchte Menge ist das Doppelte des aliquoten Apothekeneinstandspreises, jedoch nicht mehr als der Verkaufspreis für begünstigte Bezieher der abgefertigten Packung, zu berechnen.

(5) Wird zur Herstellung einer magistralen Zubereitung eine Arzneispezialität benötigt, für deren Haltbarkeit der Erzeuger nicht länger als zwei Jahre Gewähr leistet, ist die verschriebene Menge aus der

geringst möglichen Anzahl von im Handel befindlichen Packungen, bei der die geringste Restmenge verbleibt, zu entnehmen. Für die zur Gänze verbrauchten Packungen ist der Verkaufspreis für begünstigte Bezieher zu berechnen. Von der kleinsten Packung, deren Inhalt nicht vollständig verbraucht wurde, ist für die verbrauchte Menge das Doppelte des aliquoten Apothekeneinstandspreises, jedoch höchstens der Verkaufspreis für begünstigte Bezieher der ganzen Packung in Rechnung zu stellen.

(6) Bei magistralen Zubereitungen von Suppositorien sind, wenn nicht ausdrücklich anders verschrieben, pro Zäpfchen 2 g, für Kinder bis zu sechs Jahren 1 g und für Globuli 3 g Suppositoriengrundmasse zu berechnen. Wurde vom Arzt keine bestimmte Suppositoriengrundmasse verschrieben, ist auf dem Rezept zu vermerken, welche von den im Arzneibuch vorgeschriebenen Suppositoriengrundmassen verwendet und berechnet wurde.

(7) Ist die Herstellung einer magistralen Zubereitung nach den Regeln der pharmazeutischen Kunst ohne die Verwendung eines Hilfsstoffes nicht möglich, kann der billigste, zweckmäßige Hilfsstoff verrechnet werden. Als Gesamtpreis für verwendete Hilfsstoffe darf pro magistraler Zubereitung höchstens der Mindestansatz für unbezeichnete Mittel gemäß Anlage A Z. 15 der Österreichischen Arzneitaxe in Rechnung gestellt werden.

Änderung von Abgabebedingungen

§ 10. (1) Wurde die Kennzeichnung für die verschiedenen Arzneispezialitäten oder deren Packungsgrößen geändert und wurde das Kassenrezept vor dieser Änderung ausgestellt, darf die verschriebene Arznei nach der für den Patienten günstigeren Abgabebedingung expediert werden.

(2) Wird die Zulassung einer Arzneispezialität aufgrund des § 23 Z. 4 Arzneimittelgesetz aufgehoben, darf diese Arzneispezialität ab dem Tag der Gültigkeit des Warenverzeichnisses des Österreichischen Apothekerverlages, in der die Aufhebung der Zulassung veröffentlicht wird, nicht mehr abgegeben werden.

(3) Wird die Zulassung einer Arzneispezialität aufgrund des § 23 Z. 1 und 2 Arzneimittelgesetz (Schutz der Gesundheit) aufgehoben, darf die Arzneispezialität nach einer direkten Benachrichtigung des Apothekers durch das zuständige Bundesministerium oder durch die Österreichische Apothekerkammer bzw. nach der Veröffentlichung der Aufhebung in der „Österreichischen Apotheker-Zeitung“ oder in den „Amtlichen Nachrichten“ nicht mehr abgegeben werden. Die Abgabe ist jedenfalls ab der ersten Kenntnisnahme der Aufhebung der Zulassung unzulässig.

ANLAGE II

ABGABE VON SONSTIGEN MITTELN FÜR RECHNUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER

Grundlagen

§ 1. (1) Der Hauptverband wird der Österreichischen Apothekerkammer die Art und Menge jener sonstigen Mittel bekannt geben, die von den Apothekern für Rechnung der einzelnen Krankenversicherungsträger ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes (frei verschreibbar) oder mit ärztlicher Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden können.

Bei den übrigen sonstigen Mitteln oder bei einer Überschreitung der bekannt gegebenen Menge kann von den Krankenversicherungsträgern auf dem Kassenrezept der Bezug auf einen anderen Vertragspartner eingeschränkt werden.

(2) Maßgebend für die Abgabe von sonstigen Mitteln in öffentlichen Apotheken sind:

- a) hinsichtlich der Abgabe für Rechnung der Gebiets- und Betriebskrankenkassen durch öffentliche Apotheken eines Bundeslandes jene Abgabebedingungen, wie sie vom Hauptverband für die Gebietskrankenkasse des Bundeslandes bekannt gegeben wurden,
- b) hinsichtlich der Abgabe für Rechnung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft durch öffentliche Apotheken im gesamten Bundesgebiet die vom Hauptverband bekannt gegebenen einheitlichen Abgabebedingungen.

Apothekeneinstandspreise

§ 2. Wurde zwischen dem Hauptverband und einer Lieferfirma ein Apothekeneinstandspreis für sonstige Mittel, die gemäß § 1 in den öffentlichen Apotheken abgegeben werden können, vereinbart, ist der Apothekeneinstandspreis vom Hauptverband der Österreichischen Apothekerkammer zur Verlautbarung im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages zu melden.

Apothekenabgabepreise

§ 3. Die Aufschlagssätze zum Apothekeneinstandspreis betragen für sonstige Mittel bei:

- | | |
|---|------|
| a) Verbandmaterialien | 28 % |
| b) Mittel zur Applikation..... | 32 % |
| c) Desinfektionsmittel..... | 28 % |
| d) Heilnahrung..... | 19 % |
| e) Moor- und Mineralquellenprodukte..... | 24 % |
| f) Reagenzien (Diagnostika, Teststreifen etc.)..... | 24 % |
| g) Sonstige (Bäder, Salben, Waschlotion etc.)..... | 32 % |

Abgabe von sonstigen Mitteln

§ 4. (1) Sonstige Mittel gemäß § 1 dürfen in Apotheken für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden, wenn ein gültiges Kassenrezept vorliegt. Hat der Arzt irrtümlich einen Verordnungsschein verwendet, anerkennen die Krankenversicherungsträger in Einzelfällen diesen als Kassenrezept, wenn die Gültigkeitserfordernisse (Anlage I, § 2) erfüllt sind.

(2) Wird ein nicht gemäß § 1 bekannt gegebenes sonstiges Mittel auf einem Verordnungsschein verordnet, hat der Apotheker die Bezugsmöglichkeit in der öffentlichen Apotheke durch Rücksprache mit dem Krankenversicherungsträger zu klären.

(3) Bei sonstigen Mitteln, für die der leistungszuständige Krankenversicherungsträger die Kosten nur übernimmt, wenn eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes vorliegt, muss diese vor der Abgabe erfolgt sein. In besonderen Notfällen kann der Apotheker von Heilnahrung und Applikationsmitteln in der Zeit, in der der chef- und kontrollärztliche Dienst nicht erreichbar ist, ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes die kleinste unumgänglich notwendige Menge abgeben. Das gleiche gilt, wenn ein auf Lebensgefahr hindeutender Vermerk des Arztes (z.B. „per vit.“) vorliegt. Das Vorliegen eines besonderen Notfalles ist vom Apotheker auf dem

Rezept zu begründen und zu paraphieren. Die Abgabe hat am Tage der Ausstellung des Kassenrezeptes (Verordnungsscheines) oder am darauffolgenden Tag zu erfolgen.

(4) Die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes gilt für sämtliche Verschreibungen auf dem Kassenrezept, soweit keine Einschränkung der Bewilligung erkennbar ist. Der auf die Lebensgefahr hindeutende Vermerk des Arztes gilt für sämtliche Verschreibungen von Heilnahrung und Applikationsmitteln.

(5) Überschreitet die verschriebene Menge eines frei verschreibbaren sonstigen Mittels die der Österreichischen Apothekerkammer bekannt gegebene Höchstmenge, kann ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes die als frei verschreibbar bekannt gegebene Höchstmenge abgegeben werden.

Sonderbestimmungen für die Verbandmaterialien

§ 5. Wurde der Verschreibung ein auf das Vorliegen von Dringlichkeit hindeutender Vermerk des Arztes (z.B. „Erste Hilfe“) beigefügt, können Verbandmaterialien jeder Art und in jeder Menge ohne ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Die Abgabe hat am Tage der Ausstellung des Kassenrezeptes (Verordnungsscheines) oder am darauffolgenden Tag zu erfolgen.

Sonderbestimmungen für Mittel zur Applikation von Arzneien

§ 6. (1) Die Apotheker dürfen von Mitteln zur Applikation von Arzneien, die gemäß § 1 frei verschreibbar sind, mehr als ein Stück abgeben, wenn die auf dem Kassenrezept verschriebene Anzahl zur Applikation der gleichzeitig verschriebenen Menge der Arzneien erforderlich ist.

(2) Für den Bezug von Mitteln zur Applikation von Arzneien ist keine Rezeptgebühr einzuheben.

Änderung von Abgabebedingungen

§ 7. Der Hauptverband kann jederzeit einseitig die Art und die frei verschreibbare Menge der bekannt gegebenen sonstigen Mitteln ändern, die für Rechnung der Krankenversicherungsträger in den öffentlichen Apotheken abgegeben werden dürfen. Erfolgt ein Widerruf der freien Verschreibbarkeit eines sonstigen Mittels bzw. wird die frei verschreibbare Menge eines sonstigen Mittels herabgesetzt, sind solche Änderungen spätestens drei Monate vor dem Monatsersten, an dem die Änderung wirksam werden soll, der Österreichischen Apothekerkammer anzuzeigen. Die gleiche Frist gilt, wenn die Abgabeberechtigung durch öffentliche Apotheken für bestimmte sonstige Mittel überhaupt widerrufen wird.

Anwendungsregel

§ 8. (1) Die Bestimmungen der §§ 2 bis 6 der Anlage I gelten entsprechend bei der Abgabe von sonstigen Mitteln auf Rechnung der Krankenversicherungsträger.

(2) Der § 4 Abs. 1 und 2 der Anlage I ist entsprechend anzuwenden, wenn der Arzt für die Verschreibung kein Kassenrezeptformular verwendet hat.

ANLAGE III

ABGABE VON HEILBEHELLEN UND HILFSMITTELN FÜR RECHNUNG DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER

Grundlagen

§ 1. (1) Der Hauptverband wird der Österreichischen Apothekerkammer die Art und Menge jener Heilbehelfe und Hilfsmittel bekannt geben, die von den Apothekern auf Rechnung der einzelnen Krankenversicherungsträger ohne Kostenübernahmeerklärung (frei verschreibbar) oder mit Kostenübernahmeerklärung abgegeben werden können. Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nicht bekannt gegeben wurden oder bei denen die frei verschreibbare Menge überschritten wird, dürfen nur bei Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung und einem eindeutigen Hinweis auf die Bezugsmöglichkeit in einer öffentlichen Apotheke abgegeben werden.

(2) Maßgebend für die Abgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln in öffentlichen Apotheken sind:

- a) hinsichtlich der Abgabe für Rechnung der Gebiets- und Betriebskrankenkassen durch öffentliche Apotheken eines Bundeslandes jene Abgabebedingungen, wie sie vom Hauptverband für die Gebietskrankenkasse des Bundeslandes bekannt gegeben wurden,
- b) hinsichtlich der Abgabe für Rechnung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft durch öffentliche Apotheken die vom Hauptverband für jeden Krankenversicherungsträger bundeseinheitlich bekannt gegebenen Abgabebedingungen.

(3) Wird bei den Abgabebedingungen zwischen Standorten ohne Bandagisten und Standorten mit Bandagisten unterschieden, so ist für die betreffende öffentliche Apotheke das Gemeindegebiet als Standort maßgebend. Dauert eine Betriebssperre eines am Ort ansässigen Bandagisten voraussichtlich länger als drei Werktage (z.B. Urlaub, Krankheit), ist die betreffende öffentliche Apotheke während der Betriebssperre gleich wie eine Apotheke zu behandeln, an deren Standort kein Bandagist ansässig ist. Der Apotheker hat auf den Verordnungsscheinen bzw. Kassenrezepten (§ 4 Abs. 1) einen Vermerk über die Betriebssperre des Bandagisten anzubringen.

Apothekeneinstandspreise

§ 2. Wurde zwischen dem Hauptverband und einer Lieferfirma ein Apothekeneinstandspreis für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die gemäß § 1 in den öffentlichen Apotheken abgegeben werden können, vereinbart, ist der Apothekeneinstandspreis vom Hauptverband der Österreichischen Apothekerkammer zur Verlautbarung im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages zu melden.

Apothekenabgabepreise

§ 3. (1) Der Aufschlagssatz zum Apothekeneinstandspreis für Heilbehelfe und Hilfsmittel beträgt 32 %.

Abgabe von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

§ 4. (1) Heilbehelfe und Hilfsmittel dürfen von den Apothekern auf Rechnung der einzelnen Krankenversicherungsträger nur abgegeben werden, wenn ein gültiger Verordnungsschein (§ 5) vorliegt. Hat der Arzt irrtümlich ein Kassenrezeptformular verwendet, anerkennen die Krankenversicherungsträger in Einzelfällen dieses als Verordnungsschein, wenn die Gültigkeitserfordernisse (§ 5) erfüllt sind.

(2) Der Krankenversicherungsträger kann von der sonst vor der Abgabe notwendigen Kostenübernahmeerklärung ausnahmsweise absehen, wenn die Abgabe des Heilbehelfes oder Hilfsmittels zur Abwendung einer unmittelbar drohenden Lebensgefahr notwendig war. Die Notwendigkeit der Abgabe ist vom Apotheker auf dem Verordnungsschein (Kassenrezept) zu begründen und zu paraphieren.

(3) Überschreitet die verschriebene Menge eines frei verschreibbaren Heilbehelfes oder Hilfsmittels die der Österreichischen Apothekerkammer bekannt gegebene Höchstmenge, kann ohne Kostenübernahmeerklärung die als frei verschreibbar bekannt gegebene Höchstmenge abgegeben werden.

Gültigkeit von Verordnungsscheinen

§ 5. Ein Verordnungsschein ist gültig, wenn Folgendes darauf vermerkt ist:

1. im Identifikationsteil:
 - a) der zuständige Krankenversicherungsträger und (soweit vorgesehen) die Versichertenkategorie;
 - b) Vorname; Familienname und die 10-stellige Versicherungsnummer (wenn keine Versicherungsnummer eruiert werden kann, jedenfalls das Geburtsdatum) des Patienten, für den der Heilbehelf oder das Hilfsmittel bestimmt ist;
 - c) Bei Inanspruchnahme von Leistungen durch in anderen EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz versicherte Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzende Anspruchsbescheinigung ist jedenfalls auch die bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer anzuführen. Soweit vorhanden müssen diese Daten mit den Angaben am Rezept übereinstimmen. Der Apotheker hat jedoch nicht für die Richtigkeit der Angaben einzustehen;
 - d) wenn der Verordnungsschein eine Verordnung für einen Angehörigen enthält, tunlichst auch Vorname, Familienname und Versicherungsnummer des Versicherten;
 - e) für nicht krankenversicherte Personen, die einer Gebietskrankenkasse aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder aufgrund eines zwischenstaatlichen Abkommens zur Betreuung zugeteilt sind, die Angabe der zuständigen Gebietskrankenkasse und im Feld „Beschäftigt bei“ ein auf die gesetzliche Grundlage hindeutender Vermerk (z.B. „KOVG“);
2. im Verordnungsteil:
 - a) Ausstellungsdatum;
 - b) genaue Bezeichnung und Menge des verschriebenen Heilbehelfes bzw. Hilfsmittels;
3. als Signum:
 - a) in Abdruck des Vertragsarztstempels, des Stempels einer Vertragseinrichtung oder des Stempels einer eigenen Einrichtung der Krankenversicherungsträger; in Ausnahmefällen ein anderer Stempel des Vertragsarztes; bei Fehlen eines Stempels der in Blockschrift beigesetzte Name und Berufssitz sowie die Vertragspartnernummer des Arztes; bei EDV bedruckten Verordnungsscheinen ersetzt der Aufdruck des Namens, der Adresse und der Vertragspartnernummer die Stampiglie;
 - b) die eigenhändige Unterschrift des verschreibenden Vertragsarztes, des Arztes einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung des Krankenversicherungsträgers.

Prüfung und Ergänzung von Verordnungsscheinen

§ 6. (1) Der Apotheker hat vor der Abgabe zu überprüfen, ob ein gültiger Verordnungsschein vorliegt. Der Apotheker hat die auf dem Verordnungsschein enthaltenen Angaben über den Versicherten oder Angehörigen, über den Krankenversicherungsträger sowie den Leistungsanspruch des Versicherten bzw. Angehörigen und die Zuständigkeit des verschreibenden bzw. bewilligenden Arztes nicht auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

(2) Fehlt das Ausstellungsdatum, dürfen Heilbehelfe und Hilfsmittel erst nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt abgegeben werden. Die Angaben des Arztes sind vom Apotheker auf dem Verordnungsschein zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen.

(3) Bei Verschreibungen, aus denen die für die Abgabe eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels erforderlichen Angaben nicht zweifelsfrei zu entnehmen sind, dürfen Heilbehelfe und Hilfsmittel erst nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt abgegeben werden. Die Angaben des Arztes sind vom Apotheker auf dem Verordnungsschein zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen.

(4) Ist aus der ärztlichen Verschreibung nicht eindeutig ersichtlich, welcher Heilbehelf oder welches Hilfsmittel abgegeben werden soll und kann der Apotheker vom Arzt diesbezüglich keine Angaben erhalten, ist das billigste zweckdienliche Produkt gemäß § 1 abzugeben. Ist das billigste zweckdienliche Produkt im Sinne des § 1 für den Apotheker nicht erhältlich, kann auch ein anderes zweckdienliches Produkt abgegeben werden. Der Apotheker hat dies auf dem Verordnungsschein zu begründen und mit Paraphe zu bestätigen.

Gültigkeitsdauer von Verordnungsscheinen

§ 7. (1) Die auf einem Verordnungsschein verschriebenen Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel dürfen auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nur abgegeben werden, wenn sie innerhalb der auf dem Verordnungsschein angegebenen Gültigkeitsdauer, gerechnet ab dem Ausstellungsdatum, in der Apotheke abgegeben wurden.

(2) Wurde die Frist überschritten, weil der Heilbehelf oder das Hilfsmittel nicht vorrätig war und innerhalb der noch zur Verfügung stehenden Zeit nicht beschafft werden konnte, dürfen die Kosten den

Krankenversicherungsträgern nur in Rechnung gestellt werden, wenn vom Apotheker auf dem Verordnungschein der Einreichungstag sowie die Dauer der Verzögerung und ihre Begründung vermerkt und die Eintragung vom Apotheker mit Datum und Paraphe bestätigt wurden.

(3) Bei Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung gilt der Tag der Kostenübernahmeerklärung als Ausstellungstag im Sinne des Abs. 1. Bei Anerkennung einer privaten Verordnung eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels als Kassenverordnung gilt der Tag der Anerkennung als Ausstellungstag im Sinne des Abs. 1.

Korrekturen auf dem Verordnungschein

§ 8. (1) Wurden die im § 5 Z. 2 genannten Angaben korrigiert bzw. ergänzt, dürfen Heilbehelfe oder Hilfsmittel abgegeben werden, wenn diese Änderung grundsätzlich vor der Abgabe mit einem Korrektur- bzw. Ergänzungsvermerk und der Unterschrift (Paraphe) des verschreibenden Arztes versehen wurde. Dies gilt nicht für die Vermerke des Apothekers in den Fällen des § 6 Abs. 2. Wird die Rücksprache des Apothekers mit dem verschreibenden Arzt auf dem Verordnungschein vermerkt und paraphiert, darf die Anbringung des vergessenen Korrektur- oder Ergänzungsvermerkes durch den Arzt auch nach der Abgabe des Heilbehelfes oder Hilfsmittels erfolgen.

(2) Einer Korrektur seitens des Arztes bedarf es jedoch nicht, wenn im ersten Monat eines Jahres in der Datumsangabe noch die Ziffer des Vorjahres aufscheint (z.B. 10. Jänner 1986 statt 10. Jänner 1987). Ebenso bedarf es nicht eines Korrekturvermerkes, wenn innerhalb der ersten acht Tage eines jeden Monats bei gleichlautendem Ausstellungs- und Expeditionstag bzw. bei Expedition am hierauf folgenden Tag noch die Bezeichnung des Vormonates aufscheint (z.B. 6. Juli 1987 statt 6. August 1987 oder 7. August 1987).

(3) Falls im Verordnungsteil unterschiedliche Schriftbilder aufscheinen, die den Verdacht des Missbrauches erwecken, muss die Richtigkeit der Verordnung zusätzlich durch die Paraphe des Arztes bestätigt sein.

(4) Korrekturen des Abgabedatums auf dem Verordnungschein sind grundsätzlich nicht zulässig.

Änderung von Abgabebedingungen

§ 9. Der Hauptverband kann jederzeit einseitig die Art und die frei verschreibbare Menge der Heilbehelfe und Hilfsmittel ändern, die für Rechnung der Krankenversicherungsträger in den öffentlichen Apotheken abgegeben werden dürfen. Erfolgt ein Widerruf der freien Verschreibbarkeit bzw. wird die frei verschreibbare Menge eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels herabgesetzt, sind solche Änderungen spätestens drei Monate vor dem Monatsersten, an dem die Änderung wirksam werden soll, der Österreichischen Apothekerkammer anzuzeigen. Die gleiche Frist gilt, wenn die Abgabeberechtigung durch öffentliche Apotheken für bestimmte Heilbehelfe und Hilfsmittel überhaupt widerrufen wird.

ANLAGE IV

RECHNUNGSLEGUNG UND BEZAHLUNG BEI ELEKTRONISCH GESTÜTZTER RECHNUNGSLEGUNG MIT DATENFERNÜBERTRAGUNG (DFÜ)

Gegenstand

§ 1 Diese Anlage regelt die elektronisch gestützte Rechnungslegung mit Datenfernübertragung (DFÜ) durch die Apotheker.

EDV-Rechnungslegung

§ 2 (1) Jede neu eröffnende Apotheke hat der Pharmazeutischen Gehaltskasse das Eröffnungsdatum schriftlich bekannt zu geben. Die Pharmazeutische Gehaltskasse übernimmt unverzüglich die Information aller Abrechnungsstellen der Krankenversicherungsträger laut Organisationsbeschreibung auf elektronischem Weg.

(2) Der Apotheker haftet für die Richtigkeit der Rechnungslegung. Für die Richtigkeit der Daten, welche vom Arzt bzw. Patienten auszufüllen sind, ist der Apotheker nicht haftbar.

Zeitpunkt und Zeitraum der Rechnungslegung

§ 3 (1) Die Apotheker legen über die in einem Kalendermonat für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegebenen Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel grundsätzlich bis zum 15. des auf die Abgabe folgenden Monats über die Pharmazeutische Gehaltskasse Rechnung. Fällt der 15. auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist die Abrechnung am darauffolgenden Werktag zu legen. Für jeden Abrechnungsmonat ist eine gesonderte Abrechnung zu erstellen. Für jeden Abrechnungsmonat ist nur die elektronische Übermittlung einer kompletten Abrechnung samt Unterlagen zulässig. Ist die Monatsrechnung auf Grund eines Übermittlungsfehlers nicht lesbar, ist die Monatsrechnung zur Gänze erneut einzubringen. Die Abrechnung einzelner Rezepte außerhalb einer Monatsabrechnung ist unzulässig.

(2) Als Abgabemonat gilt der Kalendermonat, in dem alle auf dem Rezept bzw. dem Verordnungsschein verschriebenen Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel in der öffentlichen Apotheke abgegeben wurden. Als Abrechnungsmonat gilt, ausgenommen in den Fällen der Absätze 3 und 4, der Kalendermonat, für den die Abrechnung durchgeführt wird.

(3) Einzelne Rezepte, die nicht aus dem auf der Rechnung angeführten Abgabemonat stammen, können in die laufende Rechnung einbezogen werden.

(4) Für Rezepte von Krankenversicherungsträgern, die in einer Apotheke in einer nur geringen Anzahl pro Monat anfallen, kann nach Ablauf eines Kalendervierteljahres quartalsweise im nachfolgenden Monat Rechnung gelegt werden.

(5) Wurde die im Abs. 1 genannte Frist für die Monatsabrechnung um mehr als zwei Monate überschritten, wird die verspätet eingereichte Rechnung von den Krankenversicherungsträger um 1 v. H. pro überschrittenem Monat gekürzt.

Datenübermittlung

§ 4 (1) Die Rechnungslegungsdaten sind vom Apotheker im Wege der Pharmazeutischen Gehaltskasse und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger jeweils pro Abrechnungszeitraum und pro Abrechnungsstelle zusammengefasst an die jeweils zuständige Abrechnungsstelle zu übermitteln.

(2) Die Struktur der Datenbestände sowie die Inhalte der Datenfelder haben den Regelungen der vom Hauptverband herausgegebenen Organisationsbeschreibung für öffentliche Apotheken zu entsprechen. Änderungen der Organisationsbeschreibung sind tunlichst vom Hauptverband und der Pharmazeutischen Gehaltskasse gemeinsam zu erarbeiten.

(3) Die Rezeptdaten dürfen von der Pharmazeutischen Gehaltskasse nicht verändert und mit Ausnahme der Aufstellungsnummer (Feldname „AUFNR“) nicht ergänzt werden. Die Pharmazeutische Gehaltskasse trifft Vorkehrungen für die Verarbeitbarkeit und Plausibilität der an die Abrechnungsstelle zu übermittelnden Abrechnungsdaten. Probleme, die sich bei der Verarbeitung der vom Apotheker gelieferten Daten ergeben, wird die Pharmazeutische Gehaltskasse direkt mit dem Apotheker bereinigen. Die Pharmazeutische Gehaltskasse sagt zu, dass die erfassten Abrechnungsdaten mit den Rezepten, Verordnungsscheinen bzw. sonstigen Unterlagen an die Abrechnungsstelle der Krankenversicherungsträger unverändert übermittelt werden. Die vom Apotheker elektronisch übermittelten Abrechnungsdaten dürfen ausschließlich im Rahmen des in Abs. 1 festgelegten Zweckes und der sonstigen gesetzlichen Aufgaben verwendet werden. Die

Originalrezeptdaten des Apothekers sind von der Pharmazeutischen Gehaltskasse 9 Monate ab Abrechnung, im Falle von Einwendungen bis zum rechtskräftigen Abschluss eines entsprechenden Verfahrens gespeichert zu halten und auf Wunsch offen zu legen bzw. zur Verfügung zu stellen.

(4) Der Apotheker wird alle notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen für die EDV-Virenfreiheit der übermittelten Daten treffen.

(5) Auf sämtlichen Rezeptformularen ist die Rezeptidentifikationsnummer (Vertragspartnernummer des Arztes und Rezeptlaufnummer) in einem bundeseinheitlich gleichen, einmaligen und unverwechselbaren, EDV-lesbaren Balkencode anzubringen. Bei Fehlen bzw. Unleserlichkeit der Vertragspartnernummer des Arztes ist vom Apotheker eine Rezeptidentifikationsnummer laut Organisationsbeschreibung aufzubringen. Vorhandene Vertragspartnernummern bzw. Balkencodes müssen ersichtlich bleiben.

(6) Die maschinelle Erfassung der Rezeptidentifikationsnummer und der Patientenversicherungsnummer sowie der Pharmanummern bzw. der vom Hauptverband bekannt gegebenen Sonderpharmanummern gemäß Organisationsbeschreibung der abgegebenen Packungen bzw. Stoffe hat - tunlichst bei Abgabe - zu erfolgen.

(7) Auf den Rezepten und Verordnungsscheinen sind jene Daten aufzubringen, die in der Organisationsbeschreibung nicht enthalten sind. Die Rezepte und Verordnungsscheine müssen jedenfalls eine Apothekenstampiglie mit integriertem Datum aufweisen. Die Apothekenstampiglie kann durch Druckschrift ersetzt werden, wenn das Abgabedatum ersichtlich ist.

(8) Der Apotheker hat die Rezepte und Verordnungsscheine bzw. sonstige Unterlagen an die jeweilige Abrechnungsstelle der Krankenversicherungsträger im Wege der Pharmazeutischen Gehaltskasse innerhalb der in § 3 vorgesehenen Fristen zu übermitteln.

(9) Im Zuge der Rezeptdatenerfassung haben die Apotheker die 10-stellige Versicherungsnummer des Patienten zu erfassen. Die erfasste Versicherungsnummer hat mit der Versicherungsnummer am Rezept übereinzustimmen.

(10) Bei Inanspruchnahme von Leistungen durch in anderen EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz versicherte Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzende Anspruchsbescheinigung ist jedenfalls auch die bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer anzuführen. Soweit vorhanden müssen diese Daten mit den Angaben am Rezept übereinstimmen. Der Apotheker hat jedoch nicht für die Richtigkeit der Angaben einzustehen.

(11) Der Apotheker hat bei offensichtlichen Unrichtigkeiten der Angabe dieser Daten nach Möglichkeit das ordnungsgemäße Ausfüllen der Rezepte und Verordnungsscheine zu veranlassen. Der Apotheker prüft alle in der Organisationsbeschreibung enthaltenen Ordnungsbegriffe mit Prüzziffern (Versicherungsnummer, Pharmanummern, Rezeptidentifikationsnummer) formal nach der ihm vom Hauptverband bekannt gegebenen Prüzziffernrechnung.

(12) In den Abrechnungen müssen, bezogen auf die Anzahl der Rezepte, durch den Apotheker pro Kasse mindestens 98 von 100 Versicherungsnummern der Patienten erfasst sein (Datenfeld VSNRP). Kann die Versicherungsnummer des Patienten nicht eruiert werden, sind erfasste Versicherungsnummern von Versicherten (VSNRV) auf die vorstehende Quote anzurechnen. Es sind laufende Gespräche hinsichtlich der Erreichung einer Quote von 100 v. H. der erfassten Versicherungsnummern der Patienten zu führen. Ziel ist es, eine Quote von 100 v. H. zu erreichen. Wird in zwei Abrechnungen hintereinander oder innerhalb von 12 Monaten in drei Abrechnungen die vorgesehene Quote an Versicherungsnummern unterschritten, ist Abs. 13 sinngemäß anzuwenden.

(13) EDV-Rechnungslegungen, die nicht dem Gesamtvertrag entsprechen oder verstümmelte bzw. fehlerhafte Abrechnungen, die maschinell nicht lesbar sind, werden dem Apotheker im Wege der Pharmazeutischen Gehaltskasse zur Richtigstellung und neuerlichen Einreichung retourniert. Die neuerliche Einreichung kann, wenn die gesamtvertraglich vorgesehene Vorlagefrist noch nicht abgeschlossen ist, binnen offener Frist erfolgen, ansonsten hat sie mit der Abrechnung für den nächsten Abrechnungszeitraum zu erfolgen. Für aus diesem Grund zurückgestellte Abrechnungen sind von den Krankenversicherungsträger bis zur neuerlichen fehlerfreien Einreichung keine Zahlungen nach § 12 Abs. 1 dieser Anlage zu leisten.

(14) Für die elektronische Übermittlung der Rechnungslegungsdaten, der Daten hinsichtlich Tax- und Abrechnungsdifferenzen sowie der Überweisungsdaten sind die Regelungen der vom Hauptverband herausgegebenen Organisationsbeschreibung anzuwenden.

Verrechnung einer Zusatzgebühr

§ 5 (1) Der Apotheker ist berechtigt, den Krankenversicherungsträgern eine Zusatzgebühr gemäß Z. 6 der Anlage A der Österreichischen Arzneitaxe zu berechnen. Dies gilt bei Inanspruchnahme der Apotheke außerhalb der festgesetzten Betriebszeiten, wenn das Kassenrezept den Vermerk des Arztes „expeditio nocturna“ oder einen anderen Vermerk des Arztes (z.B. Sonntagsabgabe, Sperrzeitabgabe, Erste Hilfe, per vit.), der auf die Dringlichkeit der Heilmittelabgabe während der Sperrzeit hinweist, enthält. Das Heilmittel muss

innerhalb der Sperrzeit, in die der Ausstellungstag fällt, abgegeben werden. Es bedarf keines Vermerkes, wenn es sich um besonders gekennzeichnete Kassenrezepte eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes handelt.

(2) Die Zeit der Inanspruchnahme der Apotheke ist vom expedierenden Apotheker auf dem Kassenrezept zu vermerken und mit Paraphe zu bestätigen.

(3) Die Suchtgiftgebühr für magistrale Verschreibungen ist vom Apotheker gesondert zu verrechnen, soweit sie nicht bereits im Preis einer allenfalls verwendeten Arzneispezialität enthalten ist.

(4) Darf eine Arzneispezialität nur im gebrauchsfertigen Zustand abgegeben werden (Anlage I, § 7 Abs. 13), so sind die jeweils anfallende Arbeitsvergütung und die notwendigen Zusätze gemäß der Österreichischen Arzntaxe zu verrechnen.

Legung der Rezepte

§ 6. (1) Die Rezepte sind innerhalb der Ordnungsgruppen pro Abrechnungszeitraum gleich der Reihenfolge der mittels DFÜ übermittelten Sätze durchlaufend aufsteigend (das erste Rezept liegt oben) lückenlos zu legen. Nach jedem 100. Rezept sind Trennblätter, die sich farblich von den Rezepten unterscheiden, in Größe eines Rezeptes einzulegen.

(2) Folgende Ordnungsgruppen sind getrennt von der Ordnungsgruppe 00 zu legen:

1. Ordnungsgruppe 09 (Ordinationsbedarf)
2. Ordnungsgruppe 12 (Sozialversicherungsabkommen)
3. Ordnungsgruppe 15 (Heilbehelfe und Hilfsmittel)

(3) Am Ende der entsprechenden Ordnungsgruppe sind in folgender Reihenfolge zu legen

1. Verschreibungen aus dem Vorjahr
2. Verschreibungen, die retaxiert und/oder zur Ergänzung fehlender Angaben zurückgestellt wurden.
3. Suchtgiftrezepte

(4) Hat der verschreibende Arzt einen unzuständigen Krankenversicherungsträger auf dem Kassenrezept als zahlungspflichtig angegeben, so hat dieser Krankenversicherungsträger gegenüber der Apotheke die Zahlung zu übernehmen.

(5) Rezepte mit der Angabe des zuständigen Krankenversicherungsträgers, die vom Apotheker versehentlich einem anderen Krankenversicherungsträger in Rechnung gestellt werden, sind als Irrläufer zu kennzeichnen und der rechnungslegenden Apotheke zurückzustellen, sofern nicht die Abrechnungsstelle die Zuordnung der Rezepte intern richtiggestellt hat.

(6) Weicht die Legung der Rezepte erheblich von der Reihenfolge der Datensätze ab und ist daher eine Überprüfung der Abrechnung durch den Krankenversicherungsträger nicht möglich, wird die fehlerhafte Abrechnung an die Apotheke via Pharmazeutische Gehaltskasse retourniert. Eine Neueinreichung kann erst im darauffolgenden Abrechnungsmonat erfolgen.

Übermittlung der Rechnungen, Rezepte und Verordnungsscheine

§ 7. (1) Die Apotheker haben die Rezepte und Verordnungsscheine nach Ordnungsgruppen getrennt zu legen und pro Krankenversicherungsträger mit dem Papierstreifen gemäß Anhang 1 zu bündeln.

(2) Die Pharmazeutische Gehaltskasse hat die gemäß Abs. 1 zusammengefassten Rezepte und Verordnungsscheine gemeinsam mit der Aufstellung gemäß Anhang 2 an die Abrechnungsstelle des Krankenversicherungsträgers, die ihr vom Hauptverband bekannt gegeben wurde, zu übermitteln. Bei Unvollständigkeit einer Sendung ist die Pharmazeutische Gehaltskasse unverzüglich zu informieren.

Tax- und Abrechnungsdifferenzen

§ 8. (1) Ergibt die Überprüfung der Rechnung durch die Abrechnungsstelle der Krankenversicherungsträger eine Tax- oder Abrechnungsdifferenz, so ist diese dem Rechnungsleger über die Pharmazeutische Gehaltskasse, unbeschadet der gesetzlichen Verjährungsfrist von drei Jahren innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Rechnung bekannt zu geben.

(2) Bei der Behandlung von Tax- und Abrechnungsdifferenzen ist gemäß dem in der Organisationsbeschreibung festgelegten Verfahren vorzugehen.

(3) Eine Übermittlung der Daten ist auf elektronischem Weg über die Pharmazeutische Gehaltskasse durchzuführen.

(4) Allfällige Tax- und Abrechnungsdifferenzen dürfen nicht den Versicherten in Rechnung gestellt werden.

Gültigkeits- und Abgabeerfordernisse

§ 9 (1) Bei Fehlen von Gültigkeitserfordernissen auf dem Rezept (Verordnungsschein) und bei Fehlen von Abgabefordernissen hinsichtlich einzelner Verschreibungen werden von den Krankenversicherungsträgern grundsätzlich keine Kosten übernommen.

(2) Bei Fehlen

1. der Angaben im Rezeptkopf (Anlage I, § 2 Abs. 1 Z. 1 lit. a, c und e) und im Identifikationsteil des Verordnungsscheines (Anlage III, § 5 Z. 1 lit. a, c und e),
 2. des Ausstellungsdatums
 3. des Korrekturvermerkes bei unterschiedlichen Schriftbildern, die den Verdacht des Missbrauches erwecken (§ 6 Abs. 3 der Anlage I);
 4. des Stempelaufdruckes bzw. handschriftlich beigefügten Namens sowie der Adresse des Arztes, soweit der Apotheker aufgrund der Unterschrift eine Zuordnung des Rezeptes oder Verordnungsscheines zu dem verschreibenden Arzt vornehmen kann;
 5. der Apothekenstampiglie;
 6. des Vermerkes und der Paraphe des Apothekers gemäß Anlage III, § 7 Abs. 2
- werden die Rezepte (Verordnungsscheine) an den Apotheker zur Ergänzung und neuerlichen Einreichung zurückgestellt (behebbarer Mängel).

(3) In allen übrigen Fällen werden die Rezepte (Verordnungsscheine) an den Apotheker zurückgestellt und können nicht mehr eingereicht werden (unbehebbarer Mängel).

(4) Bei Fehlen der Angaben gemäß Anlage I, § 2 Abs. 1 Z. 1 lit. d auf dem Rezept bzw. der Angaben gemäß Anlage III, § 5 Z. 1 lit. d auf dem Verordnungsschein liegt weder ein behebbarer noch ein unbehebbarer Mangel vor; die Kosten werden vom Krankenversicherungsträger übernommen.

(5) Bei Fehlern im Datenbestand, wenn im Datenbestand im Vergleich zum vorliegenden Rezept entweder die Versicherungsnummer fehlt bzw. falsch gemeldet wird und/oder die Vertragspartnernummer des ausstellenden Arztes nicht ident mit dem Rezept ist, kann das Rezept an den Apotheker zur Berichtigung rückgesendet werden (behebbarer Mangel).

(6) Die falsche Zuordnung von Sonderpharmanummern stellt keinen Retaxierungsgrund dar.

Rückvergütung von Rezeptgebühren und Kostenanteilen

§ 10 Vom Apotheker verrechnete Rezeptgebühren für Heilmittel bzw. Kostenanteile für Heilbehelfe und Hilfsmittel sind dem Apotheker rückzuvorgüten, wenn für diese Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel von den Krankenversicherungsträgern keine Kosten übernommen wurden.

Gewährung von Nachlässen

§ 11 Die Apotheker haben den Krankenversicherungsträgern als begünstigten Beziehern bei der Rechnungslegung über die Abgabe von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Österreichischen Arzneitaxe zutreffendenfalls einen Sondernachlass zu gewähren.

Bezahlung der Rechnungen, Zahlungsverkehr

§ 12 (1) Die für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegebenen Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel sind an die Pharmazeutische Gehaltskasse bei ordnungsgemäßer Meldung der Daten und Legung der Rezepte binnen vierzehn Tagen nach Eingang der Rechnungen zu bezahlen. Die Bezahlung erfolgt vorbehaltlich der Richtigkeit der Rechnung.

(2) Im Falle des Zahlungsverzuges ist die Pharmazeutische Gehaltskasse berechtigt, ab dem 15. Tag nach Eingang der Rechnungen Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. pro Jahr des Rechnungsbetrages zu verrechnen.

(3) In Ausnahmefällen verrechnet die Pharmazeutische Gehaltskasse keine Verzugszinsen, wenn die Zahlung innerhalb von 21 Tagen ab Versendung der Rechnung bei der Pharmazeutischen Gehaltskasse einlangt. Dies gilt nicht bei wiederholt verspätetem Zahlungsauftrag.

(4) Eine Aufgliederung des Überweisungsbetrages ist gemäß der Organisationsbeschreibung zu erstellen.

(5) Werden innerhalb der in § 8 Abs. 1 vorgesehenen Frist Tax- bzw. Abrechnungsdifferenzen festgestellt, werden die Differenzbeträge zugunsten von Krankenversicherungsträgern von der Abrechnungsstelle bei der nächsten Zahlung an die Pharmazeutische Gehaltskasse abgezogen und die Differenzbeträge zugunsten von Apothekern bei der nächsten Zahlung an die Pharmazeutische Gehaltskasse berücksichtigt.

Verfügbarkeit der Rechnungslegungsdaten

§ 13 (1) Die Originalrezeptdaten sind vom Apotheker zumindest sechs Monate ab Abrechnung, im Fall von Einwendungen durch die Krankenversicherungsträger bis zum rechtskräftigen Abschluss eines

entsprechenden Verfahrens, gespeichert zu halten und auf Wunsch der Krankenversicherungsträger offenzulegen – bzw. diesen zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Krankenversicherungsträger haben allfällige Taxdifferenzen des jeweiligen Abrechnungsmonats innerhalb von sechs Monaten ab Rechnungslegung an die Gehaltskasse zu übermitteln.

Kosten

§ 14 Kosten, die mit der EDV-Rechnungslegung und den notwendigen Anpassungen entstehen, hat die Stelle zu tragen, bei der diese Kosten anfallen.

Anpassung des EDV-Systems

§ 15 (1) Die Apotheker und die Krankenversicherungsträger haben ihr EDV-System an die Änderungen des Gesamtvertrages, der Rechnungslegungsvorschriften und der Regelung der Organisationsbeschreibung anzupassen.

(2) Rechnungslegungsrelevante Änderungen dieser Bestimmungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Veröffentlichung der Organisationsbeschreibung umzusetzen.

ANLAGE V

ORGANISATION UND VERFAHREN DES SCHLICHTUNGSAUSSCHUSSES

Sitz und Verhandlungsort

§ 1 (1) Mit Sitz in Wien wird ein für das gesamte Bundesgebiet zuständiger Schlichtungsausschuss eingerichtet.

(2) Aus Gründen der Verfahrensökonomie kann vom Vorsitzenden auch ein anderer Ort in Österreich als Verhandlungsort bestimmt werden.

Zuständigkeit

§ 2 Der Schlichtungsausschuss ist zur Entscheidung von Streitigkeiten (ausgenommen Streitigkeiten gemäß § 348c und 348d ASVG, § 181 BSVG, § 193 GSVG und § 128 B-KUVG), die sich aus den Vertragsbeziehungen zwischen den einzelnen Apothekern und den Krankenversicherungsträgern ergeben, zuständig. Darunter fallen insbesondere Streitigkeiten über

1. die Heilmittelabgabe auf Rechnung der Krankenversicherung,
2. die Rechnungslegung gemäß Anlage IV,
3. die Höhe des zu gewährenden Sondernachlasses,
4. die Rechtmäßigkeit von Abzügen bei den Abrechnungen der Apotheker (Retaxierungen),

Zusammensetzung

§ 3 (1) Der Schlichtungsausschuss besteht aus dem gemäß § 348e Abs. 3 ASVG, § 181 BSVG, § 193 GSVG und § 128 B-KUVG vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien als Vorsitzenden (Stellvertreter) bestellten Richter und aus vier Beisitzern. Je zwei Beisitzer sind von der Österreichischen Apothekerkammer aus den Bediensteten oder Mitgliedern der Apothekerkammer und vom Hauptverband aus Bediensteten oder Funktionären der Sozialversicherung zu bestellen. Für jeden Beisitzer sind zwei Stellvertreter zu bestellen.

(2) Die Beisitzer werden von der Österreichischen Apothekerkammer und vom Hauptverband für den einzelnen Streitfall bestellt. Die Bestellung der Beisitzer ist der anderen, zur Bestellung von Beisitzern berechtigten Körperschaft unverzüglich bekannt zu geben.

(3) Die Mitglieder des Schlichtungsausschusses sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

Führung der Kanzleigeschäfte

§ 4 (1) Die Kanzleigeschäfte des Schlichtungsausschusses (Geschäftsstelle) sind jährlich abwechselnd von der Österreichischen Apothekerkammer und vom Hauptverband zu führen.

(2) Die Geschäftsstelle hat insbesondere den Vorsitzenden rechtzeitig von der Antragstellung zu verständigen, die Bestellung der Beisitzer zu veranlassen und mit dem Vorsitzenden die sonst im Hinblick auf das Verfahren erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

(3) Die zur Führung der Kanzleigeschäfte berufene Geschäftsstelle hat für die Sitzungen und Verhandlungen des Schlichtungsausschusses einen Schriftführer und ein geeignetes Sitzungs(Verhandlungs)zimmer beizustellen.

(4) Die Akten der abgeschlossenen Verfahren sind im Original von der Österreichischen Apothekerkammer aufzubewahren. Der Hauptverband und der betroffene Krankenversicherungsträger haben das Recht, die Akten einzusehen und kostenlose Abschriften der Akten zu verlangen.

Einleitung des Verfahrens

§ 5 (1) Anträge an den Schlichtungsausschuss sind bei der Geschäftsstelle (§ 4) schriftlich einzubringen. Dem Antrag sind fünf Gleichschriften anzuschließen, von denen je eine für den Antragsgegner und die Beisitzer des Schlichtungsausschusses bestimmt ist.

(2) Der Antrag hat eine Darstellung des Streitfalles, die Bezeichnung der erforderlichen Beweismittel und ein bestimmtes Begehren zu enthalten. Urkunden sind in Ur- oder Abschrift beizuführen.

(3) Die Geschäftsstelle (§ 4) hat die bei ihr einlangenden Anträge und Gleichschriften unverzüglich dem Vorsitzenden vorzulegen.

(4) Mehrere örtlich und rechtlich im Zusammenhang stehende Verfahren können miteinander verbunden werden.

Verfahrensgrundsätze

§ 6 Die Festlegung des Verfahrens liegt, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt, im Ermessen des Vorsitzenden. Dabei sollen die Grundsätze der Zivilprozessordnung beachtet werden.

Gegenschrift

§ 7 Der Vorsitzende hat die Zustellung der Gleichschrift des Antrages nebst Abschriften der Beilagen an den Antragsgegner mit der Aufforderung zu verfügen, binnen zwei Wochen eine Gegenschrift zu erstatten. Der Vorsitzende kann auf Antrag bei schwierigen Streitfällen die Vorlegungsfrist für die Gegenschrifterstattung um höchstens zwei Wochen erstrecken. Der Gegenschrift sind fünf Gleichschriften anzuschließen, von denen je eine für den Antragsteller und die Beisitzer bestimmt ist. Der Vorsitzende hat die Zustellung der für den Antragsteller bestimmten Gleichschrift an diesen zu verfügen.

Zustellung

§ 8 Der Vorsitzende hat die Zustellung der Gleichschriften des Antrages und der Gegenschrift an die Beisitzer des Schlichtungsausschusses im Wege der zur Bestellung verpflichteten Stellen zu verfügen.

Mündliche Verhandlung

§ 9 (1) Der Schlichtungsausschuss hat in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Einlangen der Gegenschrift oder nach Ablauf der für die Erstattung einer Gegenschrift eingeräumten Frist zu beschließen, ob eine mündliche Verhandlung durchzuführen ist und welche Beweise aufzunehmen sind. Für eine nicht mündliche Verhandlung gilt § 6 sinngemäß.

(2) Die Ladungen zur mündlichen Verhandlung sind spätestens eine Woche vor der mündlichen Verhandlung nachweislich zuzustellen. Die Ladung der Beisitzer hat den Zusatz zu enthalten, dass im Falle der Verhinderung hievon ehestens die Geschäftsstelle zu verständigen ist.

(3) Außer dem Vorsitzenden sind auch die Beisitzer berechtigt, an die Parteien, Zeugen und Sachverständigen Fragen zu stellen. Dieses Recht steht auch den Parteien zu.

(4) Die mündliche Verhandlung ist öffentlich.

Gang der Verhandlung

§ 10 (1) Der Vorsitzende hat die Verhandlung und allenfalls notwendige nicht parteiöffentliche Beratung zu leiten.

(2) Der Schlichtungsausschuss hat zunächst zu versuchen, im Streitfall zu vermitteln.

(3) Nach einer erschöpfenden Erörterung des Sachverhaltes ist die mündliche Verhandlung zu schließen.

Beschlussfassung

§ 11 (1) Der Schlichtungsausschuss ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder anwesend sind.

(2) Der Schlichtungsausschuss entscheidet aufgrund der Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens in nicht parteiöffentlicher Sitzung mit einfacher Stimmenmehrheit. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende hat seine Stimme zuletzt abzugeben. Die wesentlichen Teile der Beratung und das Ergebnis der Abstimmung sind in einer Niederschrift festzuhalten, die von dem Vorsitzenden, den Beisitzern und dem Schriftführer zu unterfertigen ist.

Ausfertigung der Entscheidungen

§ 12 Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses ist vom Vorsitzenden in längstens vier Wochen in drei Gleichschriften auszufertigen und von ihm und von den Beisitzern zu unterfertigen, die bei der Entscheidung mitgewirkt haben.

Kosten

§ 13 (1) Die Beisitzer (Stellvertreter) haben ihre Tätigkeit ehrenamtlich auszuüben. Reisegebühren und Barauslagen sind von der Körperschaft, der der Beisitzer (Stellvertreter) angehört, nach den für diese geltenden Vorschriften zu gewähren.

(2) Der Vorsitzende erhält für jedes abgeschlossene Verfahren eine Entschädigung, deren Höhe zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apothekerkammer nach Anhörung des Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien vereinbart wird. Überdies gebührt dem Vorsitzenden für Verhandlungen außerhalb Wiens der Ersatz des Mehraufwandes nach den Reisegebührevorschriften für Bundesbedienstete.

(3) Die Kosten des Schlichtungsausschusses einschließlich der Entschädigung und des Ersatzes des Mehraufwandes des Vorsitzenden sind von der Österreichischen Apothekerkammer und von dem am Verfahren beteiligtem Krankenversicherungsträger je zur Hälfte zu tragen.