

# **Vereinbarung im Sinne des § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (BGBl II 473/2004)**

abgeschlossen zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (im Folgenden Gesamtvertragspartner).

## **§ 1 Allgemeine Grundsätze**

- (1) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.
- (2) Soweit im Folgenden Regelungen für Arzneyspezialitäten getroffen werden, gelten diese auch für magistrale Zubereitungen.
- (3) Soweit im Folgenden nicht abweichende Regelungen getroffen werden, gelten sämtliche Rechtsgrundlagen (insbes. das ASVG und darauf basierende Richtlinien und Verordnungen) in der jeweils zum Anwendungszeitpunkt geltenden Form.

## **§ 2 Begriffsbestimmungen**

1. „Verschreibung“: die Ausstellung eines Rezeptes für den Bezug einer Arzneyspezialität (oder magistralen Zubereitung) auf Kosten der Kasse auf einem von der Kasse zur Verfügung gestellten Formular(=Kassenrezept)
2. „Verordnung“: die auf einem Kassenrezept verordnete einzelne Arzneyspezialität (oder magistrale Zubereitung).
3. „Erstattungskodex (EKO)“: das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gem. § 31 Abs. 3 Zif. 12 ASVG herausgegebene Verzeichnis jener für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneyspezialitäten (und magistralen Zubereitungen), die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der med. Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten im Sinne der Krankenbehandlung annehmen lassen. Die jeweilige aktuelle Fassung wird im Internet ([www.avsv.at](http://www.avsv.at)) veröffentlicht.
4. „roter“, „gelber“, und „grüner“ Bereich des Erstattungskodex: Es gelten die Def. lt § 31 Abs. 3. Zif. 12 ASVG;  
„RE 2“: Arzneyspezialitäten die im gelben Bereich des EKO unter Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Verwendungen angeführt sind und an Stelle der

ärztlichen Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen.

5. „Heilmittelkosten“: die der Kasse für verordnete Arzneyspezialitäten verrechneten Kosten für Anspruchsberechtigte der Kasse.

### **§ 3**

#### **Zeitlicher Geltungsbereich**

Die Vereinbarung gilt für Verschreibungen, die ab 01.01.2006 ausgestellt werden, hinsichtlich § 8 Abs. 2 jedoch ab Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card, und ist befristet bis 31.07.2007. Eine Verlängerung für jeweils weitere zwei Jahre ist einvernehmlich möglich, wenn aufgrund der rechtzeitig vor dem Auslaufen durchgeführten Evaluierung gem. § 11 der Vereinbarung zu erwarten ist, dass die Ziele erreicht werden.

### **§ 4**

#### **Persönlicher Geltungsbereich**

Die Vereinbarung gilt für alle Ärzte für Allgemeinmedizin und für alle Fachärzte (außer solche für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Zahnärzte) mit aufrechem kurativem Einzelvertrag zur Kasse.

### **§ 5**

#### **Sachlicher Geltungsbereich**

Die Vereinbarung regelt die Verschreibungen im Sinne des § 2 Z.1.

### **§ 6**

#### **Ziele**

(1) Ziele der Vereinbarung sind

1. eine nachhaltige gesicherte Versorgung der Anspruchsberechtigten mit Verschreibungen (§ 2 Z.2) nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und einer gesundheitsökonomischen Bewertung zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit,
2. eine Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtkosten pro Anspruchsberechtigten bei den von allen Vertragsärzten verschriebenen Verschreibungen (§ 2 Z.2), welche nicht höher ist als der entsprechende Betrag anderer Gebietskrankenkassen, welche keine Zielvereinbarung abgeschlossen haben,
3. eine kontinuierliche Steigerung des Generika-Anteiles an der Zahl der Gesamtverschreibungen,
4. eine Verringerung der Zahl der einzuholenden Bewilligungen für die Verschreibungen durch Vertragsärzte infolge ökonomisch gleich wirksamer nicht bewilligungspflichtiger Alternativen,

5. eine Minimierung des mit der Bewilligung von Arzneyspezialitäten verbundenen Verwaltungsaufwandes.
- (2) Im Rahmen der im Abs. (1) angeführten Ziele werden folgende Subziele vereinbart:
1. Die Heilmittelkosten jedes einzelnen Vertragsarztes sollen – unbeschadet des Gesamtzieles gem. Abs. (1) Z. 2 –, ausgehend vom Jahr 2004, jährlich 104% des jeweiligen Vorjahreswertes nicht übersteigen;
  2. Die durchschnittlichen jährlichen Heilmittelkosten des einzelnen Vertragsarztes pro Verordnung sollen, ausgehend vom Jahr 2004, jährlich 103% des jeweiligen Vorjahreswertes nicht übersteigen;
  3. Die altersstandardisierten Heilmittelkosten des einzelnen Vertragsarztes sollen den entsprechenden Durchschnittswert der Fachgruppe nicht um mehr als 20% übersteigen;
  4. Der Anteil der Verordnungen von Generika an den Gesamtverordnungen soll kontinuierlich pro Jahr um 3%-Punkte gesteigert werden.

## **§ 7**

### **Maßnahmen zur Zielerreichung**

- (1) Zur Erreichung der Ziele gem. § 6 vereinbaren die Gesamtvertragspartner nachstehende Maßnahmen:
1. Anstreben einer Vereinbarung mit den Krankenanstalten bzw deren Rechtsträgern, die sicherstellt:
    - a. eine Verschreibung von Arzneyspezialitäten für die Zeit nach der Entlassung aus der Anstaltspflege bzw nach ambulanter Behandlung unter Berücksichtigung der Richtlinien des HV über die ökonomische Verschreibeweise (RöV) und/oder
    - b. eine lt. den Vorgaben der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBK-VO) ausreichende Dokumentation im (Kurz-)Arztbrief bei Empfehlung einer Arzneyspezialität aus dem gelben oder roten Bereich des Erstattungskodex oder einer solchen außerhalb des Erstattungskodex.
  2. eine zeitnahe statistische Information der Vertragsärzte über ihr individuelles Verschreibeverhalten im Zusammenhang mit den Zielwerten und die dadurch verursachten Heilmittelkosten;
  3. die gemeinsame quartalsweise Evaluierung der Ziele durch die Gesamtvertragspartner sowie die Beratung und Vereinbarung gegensteuernder Maßnahmen, wenn eine Zielverfehlung absehbar ist;
  4. die Kasse wird nach einvernehmlicher Prüfung auf Einzelvertragsärzte, deren Verschreibeverhalten mit den Zielen dieser Vereinbarung nicht in Einklang steht, einwirken;
  5. Verhandlungen mit der Apothekerkammer über geeignete Unterstützungsmaßnahmen;
  6. Erarbeitung durch die Kasse (allenfalls mit Unterstützung des Medikamentenreferenten und/oder anderen hiezu bereiten Referenten der Kammer) und
- EKO Zielvereinbarung VÄK Endfassung 231105.doc

- gemeinsame Veröffentlichung von ökonomisierenden Informationen für Vertragsärzte (z.B. Öko-Tips, Artikelserie im „arzt im ländle“); die Kurie veröffentlicht diese Informationen im „arzt im ländle“.
7. gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Bevölkerung und der Patienten im Umgang mit Arzneispezialitäten jedoch ohne Kostenbeteiligung der Kurie
  8. gemeinsame Maßnahmen zur Anhebung des Generika-Anteiles (z.B. Werbemaßnahmen, Aufklärungsarbeit...) jedoch ohne Kostenbeteiligung der Kurie
  9. Reduzierung der Bewilligungspflichten nach den Bestimmungen gem. § 9;
  10. gemeinsame Erarbeitung von Vorschlägen zur Minimierung des mit der Einholung der Bewilligung verbundenen Aufwandes (z.B. entspr. Adaptierung von Arzt-Software-Anwendungen zur Anzeige von alternativen bewilligungsfreien Arzneispezialitäten...).
- (2) Die Verschreibung von Heilmitteln für Anspruchsberechtigte erfolgt auch zukünftig mit den von der Kasse für Vertragsärzte bereitgestellten Kassenrezepten.<sup>1</sup>
- (3) Heilmittel, die für Anspruchsberechtigte der Kasse während einer bzw. für eine Untersuchung oder Behandlung in der Ambulanz einer Krankenanstalt benötigt werden, dürfen für Rechnung der Kasse nicht verschrieben werden.

## **§ 8 Bewilligungen**

- (1) Gem. § 350 Abs. 3 ASVG sind seit 01.01.2005 die erforderlichen ärztlichen Bewilligungen des chef- und kontrollärztlichen Dienstes für die Abgabe einer Arzneispezialität auf Rechnung der Kasse vom verordnenden Arzt einzuholen.
- (2) Bewilligungen sind vom Vertragsarzt über die technische Infrastruktur der e-card soweit einzuholen, als nicht § 9 Ausnahmen von der Bewilligungspflicht vorsieht.<sup>2</sup>
- (3) Bewilligungsanfragen gem. Abs. 2 werden durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Kasse innerhalb bedarfsgerechter Zeiträume möglichst rasch (im Regelfall innerhalb von 30 Minuten) beantwortet, wenn die Bewilligungsanfragen an Werktagen von Montag bis Freitag jeweils zwischen 07.00 und 15.30 Uhr einlangen. Langen Bewilligungsanfragen außerhalb dieser Zeiten ein, gelten für die Bewilligung die Ausnahmen des § 9 nicht.
- (4) Das Kassenrezept darf dem Anspruchsberechtigten nur dann ausgehändigt werden, wenn die Bewilligung vorliegt. Der Arzt hat auf der Rückseite des bewilligten Kassenrezeptes seinen Arztstempel aufzubringen, sofern die Bewilligung über ABS eingeholt wurde. In allen anderen Fällen gilt die bisherige Regelung (Anheften des Bewilligungsfax).

---

<sup>1</sup> Siehe Erläuterung

<sup>2</sup> Siehe Erläuterung

## **§ 9**

### **Ausnahmen von der Bewilligungskommunikation**

(1) In folgenden Fällen ist keine Bewilligungskommunikation erforderlich:

1. Für Heilmittel gem. der Anlage der Vereinbarung .
2. Für Heilmittel mit folgenden einschränkenden Regelungen im grünen Bereich:
  - Einschränkungen auf bestimmte Fachgruppen: in dringlichen Fällen, in denen eine Facharztverordnung nicht eingeholt werden kann.

Die konkreten Gründe, weshalb aufgrund der Dringlichkeit keine Facharztverordnung eingeholt werden konnte, sind in der Arztdokumentation zu dokumentieren. Hinsichtlich der Aufbewahrung der Dokumentation und der Kontrollen gelten die Grundsätze des § 4 Abs. 5 und § 5 Abs. 1 bis 5 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung entsprechend. Bei Vorliegen eines so dokumentierten Grundes ist eine Bewilligung nicht erforderlich. Eine besondere Kennzeichnung dieser Verordnungen (auf dem Kassenrezept) entfällt.

(2) Zu den im grünen Bereich des EKO vorgesehenen Einschränkungen auf bestimmte Facharztgruppen enthält der EKO folgende Ausnahmebestimmung: „Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden.“ Es wird vereinbart, diese Ausnahmebestimmung auch für Verordnungen von Fachärzten für Innere Medizin und für solche von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde anzuwenden.

## **§ 9a**

### **Individualhaftung**

Bei Verstößen gegen die Verpflichtung gem. § 8 Abs. 4 gilt Folgendes:

- a.) Hat der Vertragsarzt keine Bewilligung eingeholt, haftet er im Wiederholungsfall für die der Kasse durch die Verordnung entstandenen Kosten. Die Kosten werden dem Arzt vom Arzthonorar bzw. Hausapothekenumsatz abgezogen. Der Arzt hat in diesem Fall die Möglichkeit, gegen den Abzug Einspruch zu erheben, im Rahmen dessen er sich freibeweisen kann (Nachweis, dass die Verordnung im konkreten Fall genehmigt worden wäre). Kommt es zu keiner Einigung zwischen Kasse und Vertragsarzt, kann der Vertragsarzt ein Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission führen.
- b.) Hat der Vertragsarzt eine Bewilligungsanfrage gestellt und wurde die Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst nicht erteilt, haftet der Vertragsarzt für die der Kasse durch die Verordnung entstandenen Kosten (ohne Freibeweismöglichkeit iSd lit. a.).

## **§ 10**

### **Dokumentation**

- (1) Im gelben (RE 2) Bereich des EKO gelten die in der HBK-VO festgelegten Dokumentationspflichten in der Form, wie sie vom Hauptverband (allenfalls im Einvernehmen mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK) festgelegt werden.
- (2) Folgt ein Arzt der Verordnungsempfehlung eines(r) vorverordnenden Facharztes/Krankenanstalt, so ist die Dokumentation des Vorverordners nachzuweisen. Wenn diese letztgenannte Dokumentation nicht bereits mit der Verordnungsempfehlung übermittelt wurde, ist sie durch den nachfolgenden Verordner schriftlich bzw. elektronisch (Fax, e-mail, innerhalb GNV) anzufordern. Dasselbe gilt für die offensichtlich unvollständige Dokumentation des Vorverordners.
- (3) Solange der Vorverordner einer Aufforderung gemäß Abs . 2 nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Folgeverordner zur Befolgung der Verordnungsempfehlung berechtigt.
- (4) Die Nichtbefolgung einer Aufforderung gemäß Abs.2 binnen 4 Wochen ist der Verletzung einer Dokumentationspflicht (§ 5 Abs. 5 der HBKV) gleich zu halten.

## **§ 11**

### **Feststellung der Zielerreichung**

- (1) Die Zielerreichung wird für das jeweilige Kalenderjahr<sup>3</sup> von den Gesamtvertragspartnern unmittelbar nach Vorliegen der Daten evaluiert und festgestellt.
- (2) Als Kriterien für die Zielerreichung werden folgende Kennzahlen vereinbart:
  1. durchschnittlicher Gesamtaufwand der pro Anspruchsberechtigten der Kasse für das vergangene Kalenderjahr und das diesem jeweils vorangehende Kalenderjahr (Basisjahr) verschriebenen Verordnungen
  2. durchschnittlicher Gesamtaufwand der pro Anspruchsberechtigten der anderen Gebietskrankenkassen, welche keine Zielvereinbarung abgeschlossen haben, für das vergangene Kalenderjahr und das diesem jeweils vorangehende Kalenderjahr (Basisjahr) verschriebenen Verordnungen
  3. Anteil der verordneten Generika an der Zahl der entsprechenden Gesamtverordnungen im Kalenderjahr
- (3) Quelle für die Ermittlung des Gesamtaufwandes bildet die Heilmittelstatistik (KL30) des Hauptverbands (darin enthalten sind die Abrechnungen von öffentlichen und Hausapotheken sowie sonstige Heilmittelaufwendungen). Quelle für die Ermittlung der Anspruchsberechtigten ist die Statistik des Hauptverbandes.

---

<sup>3</sup> Auch bei unterjährigem Vertragsbeginn ist Prüfperiode das gesamte vorangegangene Kalenderjahr  
EKO Zielvereinbarung VÄK Endfassung 231105.doc

(4) Die Berechnung der Zielerreichung erfolgt nach folgendem Schema:

1. Ziel gem. § 6 Abs. (1) Zif. 2:

Kasse:

Gesamtaufwand pro Anspruchsberechtigten vergangenes Jahr = A  
Gesamtaufwand pro Anspruchsberechtigten Basisjahr = B

Durchschnitt anderer Kassen ohne Zielvereinbarung:

Gesamtaufwand pro Anspruchsberechtigten vergangenes Jahr = C  
Gesamtaufwand pro Anspruchsberechtigten Basisjahr = D

Berechnung:

$$\frac{A}{B} = E$$

$$\frac{C}{D} = F$$

Zielerreichung:  $E < \text{oder} = F$

2. Ziel gem. § 6 Abs. (2) Zif. 4:

Anzahl Verordnungen Generika vergangenes Jahr  
Anzahl Verordnungen gesamt vergangenes Jahr  
Anzahl Verordnungen Generika Basisjahr  
Anzahl Verordnungen gesamt Basisjahr

G  
H  
I  
J

Berechnung:

$$\frac{G}{H} = K$$

$$\frac{I}{J} = L$$

Zielerreichung:  $K > \text{oder} = L \times 1,03$

## § 12

### Maßnahmen bei Zielverfehlung

- (1) Für den Fall, dass die Gesamtvertragspartner einvernehmlich das Verfehlen des Ziels gem. § 6 Abs. 1 Z 2 iVm. § 11 Abs. 4 Z 1 feststellen, erlischt die Vereinbarung automatisch mit dem Ende des auf die Feststellung folgenden Kalendermonats.
- (2) Für die Erreichung oder Verfehlung des Zieles gem. § 11 Abs. (2) Zif. 3 werden keine gesonderten Maßnahmen vereinbart, da sich die Effekte bereits im Rahmen der sonstigen Maßnahmen entsprechend auswirken.
- (3) Liegt die VGKK-Aufwandssteigerungsrate für Heilmittel laut maschineller Heilmittelabrechnung im Durchschnitt der letzten drei Monate über dem vereinbarten Ziel, ist die Kasse zur vorzeitigen Auflösung der Vereinbarung zum Ende des Kalendermonats berechtigt.

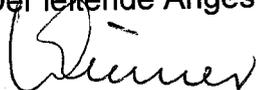
## § 13 Kündigung

Die gegenständliche Vereinbarung kann von jedem Gesamtvertragspartner unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils zum Ende eines Kalendermonats schriftlich gekündigt werden.

Dornbirn, am 24.11.2005

Für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse

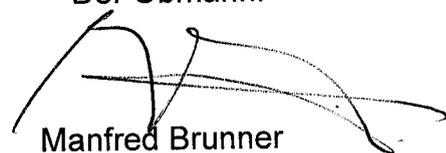
Der leitende Angestellte:



Dir. Dr. Karl Schiemer



Der Obmann:



Manfred Brunner

Für die Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg

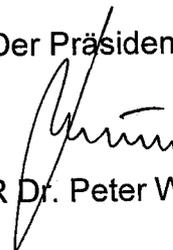
Der Kurienobmann:



Dr. Michael Jonas



Der Präsident:



MR Dr. Peter Wöß

## Erläuterungen:

1) Die Ärztekammer für Vorarlberg vertritt die Rechtsauffassung, dass der Vertragsarzt aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages lediglich berechtigt, nicht jedoch verpflichtet ist, im Rahmen der Krankenbehandlung auf Kassenkosten Kassenrezepte auszustellen (vgl. § 21 Abs 1 Gesamtvertrag). Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hingegen vertritt die Rechtsauffassung, dass die Ausstellung von Privatrezepten für Anspruchsberechtigte, welche den Vertragsarzt im Rahmen der Krankenbehandlung auf Kassenkosten in Anspruch nehmen, unzulässig ist.

Für den Fall, dass sich die VGKK-Befürchtungen bewahrheiten und Vertragsärzte Privatrezepte als Alternative zu lästigen Bewilligungs- und Dokumentationspflichten ausstellen und damit die gemeinsamen Ziele dieser Vereinbarung unterlaufen, kommen Kammer und Kasse ausschließlich für die Geltungsdauer dieser Vereinbarung und unpräjudiziell für die Zeit danach überein, dass die Ausstellung von Privatrezepten durch Einzelvertragspartner zur Umgehung von Dokumentations- und Bewilligungspflichten entsprechend dieser Vereinbarung unzulässig ist.

2) Die Kurie geht davon aus, dass die Einholung chefärztlicher Bewilligungen über die technische Infrastruktur der E-Card für den Vertragsarzt nicht mehr an administrativem Aufwand wie die bisherige Einholung chefärztlicher Bewilligungen per Telefax mit sich bringt und somit der bisherigen Art der Einholung chefärztlicher Bewilligungen gleichwertig ist.

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

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

## a.) inländische Arzneispezialitäten

Bezeichnung	Packungsgröße	Menge
Contractubex-Salbe	20 g	OP I
Emla Pflaster	2 Stk.	OP I
Hilo Comod 0,1 % Augentropfen	10 ml	OP II
Kamillosan Tropfen	500 ml	OP I

## b.) ausländische Arzneispezialitäten

Pharma-Zentralnummer	Medikamentenname	AEP €	KKP €	asept. Zube- reitung	VKGG freie Menge
	Adsorbonac 5 % Augentropfen, 10 ml	6,46	<b>8,85</b>		OP I
	Bicanorm, 100 Filmtabletten	20,46	<b>27,00</b>		OP I
09001633	Calciumacetat Nefro Tabl., 100 St.	8,40	<b>11,50</b>		OP III
09002495	Calciumcarbonat Nefro Tabl., 100 St.	12,08	<b>16,30</b>		OP III
09002555	FML Liquifilm Allergan Augentropfen, 5 ml	4,98	<b>6,80</b>		OP II
09003218	Glaunorm Augentropfen, 5 ml	4,28	<b>5,85</b>	<b>+ 2,00</b>	OP II
09999011	Phosphonorm Kapseln, 100 St.	30,79	<b>39,60</b>		OP III
09003333	Triflumann-Augentropfen, 5 ml	10,34	<b>13,95</b>		OP I

**Achtung:** Namensänderung von Natriumhydrogencarbonat auf Bicanorm

2.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO bedarf es gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung mit den jeweils aufgelisteten Ausnahmen ebenfalls keiner Bewilligungskommunikation.

## a.) Indikationsgruppen

aa) Zytostatika

bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Adjuvantien,

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

ab) Tuberkulostatika

bis OP II

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

ac) Desensibilisierungspräparate, aufgrund einer Austestung

bis OP II

insoweit diese Arzneimittel außerhalb einer Krankenanstalt appliziert werden.

### **b.) Langzeitbewilligungen**

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

Die entsprechenden Rezepte sind durch das Anbringen des Arztstempels auf deren Rückseite zu kennzeichnen.

### **c.) Preisgrenze**

ca) In Österreich registrierte Arzneispezialitäten mit einem Kassenpreis bis einschließlich € 5,80 (ohne USt), auch als Bestandteil einer magistralen Zubereitung (Kassenpreis ca. 70% des im Austria Codex ausgewiesenen Apothekenabgabepreises) bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

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

cb) Magistrale Zubereitungen mit einem Gesamtkassenpreis bis einschließlich € 5,80 (ohne USt)

#### **d.) Parenteralia**

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

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

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

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