

Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich  
Rechnen Sie mit uns!

2020



ÖSTERREICHISCHE  
APOTHEKERKAMMER



PHARMAZEUTISCHE GEHALTSKASSE  
FÜR ÖSTERREICH

**APOTHEKERGESAMTVERTRAG**

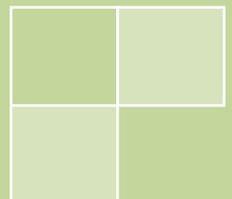
gemäß §§ 348a ff ASVG, § 181 BSVG, § 193 GSVG  
und § 128 B-KUVG,

geschlossen zwischen dem  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
und der Österreichischen Apothekerkammer

**Gesamtvertrag Neu**

(gültig seit 1. April 2006)

**Jänner 2020**





**Wir stehen Ihnen gerne für Fragen und Anregungen zur Verfügung:**

Tel: (01) 404 14 – 200 oder E-Mail: [tax@gk.or.at](mailto:tax@gk.or.at)



**Roman Hechl**  
DW 250



**Mag. Barbara Marschik**  
DW 257



**MMag. Dr. Thomas Rehor**  
DW 247



## Vorwort

Wien, am 17. Jänner 2020

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

Bedingt durch die Einführung des Erstattungskodex seit 1.1.2005, den damit verbundenen Übergangsbestimmungen sowie der Elektronischen Rezeptabrechnung wurde eine Überarbeitung des seit 1987 bestehenden Gesamtvertrages unumgänglich. Insbesondere die unterschiedliche Handhabung der Übergangsbestimmungen seitens der Krankenversicherungsträger machten eine bundeseinheitliche Lösung für alle dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger notwendig.

In zahlreichen Verhandlungen zwischen der Österreichischen Apothekerkammer, der Pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, die sich über das gesamte Jahr 2005 erstreckten, wurden bewährte Bestimmungen aus dem bestehenden Gesamtvertrag weiter übernommen und zugleich Adaptierungen auf Grund der neuen Gegebenheiten durchgeführt.

Diese Informationsbroschüre enthält die wesentlichen, für die Expedition und Taxierung von Arzneispezialitäten und magistralen Zubereitungen auf Rechnung der Krankenversicherungsträger bedeutsamen Bestimmungen des seit 2006 gültigen Apothekergesamtvertrages, einschließlich allfälliger Erläuterungen, Kommentare und Beispiele. Ihr Aufbau entspricht dem Gesamtvertrag, wobei die gesamtvertraglichen Bestimmungen in Fettdruck ausgeführt sind. Da es sich bei dieser Informationsbroschüre lediglich um einen Auszug aus dem Apothekergesamtvertrag handelt, muss für die Beantwortung von in diesem Arbeitsbehelf nicht behandelten Fragen auf den vollständigen Gesamtvertragstext zurückgegriffen werden. Wir hoffen, Ihnen mit dieser Broschüre eine wertvolle Unterstützung in Ihrer täglichen Arbeit in der Apotheke bieten zu können.



Mit freundlichen Grüßen



Erste Obfrau

Mag. pharm. Irina Schwabegger-Wager e.h.

Zweiter Obmann

Mag. pharm. Georg Fischill e.h.



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>Stammvertrag</b> .....	<b>4</b>
1. § 2 Abgabe von Heilmitteln .....	4
2. § 4 Abgabebedingungen .....	5
3. § 5 Ordinationsbedarf.....	5
4. § 6 Rezeptgebühren und Kostenanteile. ....	5
5. § 7 Rechnungslegung und Bezahlung.....	6
<b>Anlage I</b> .....	<b>8</b>
1. § 1 Allgemeine Bestimmungen .....	8
2. § 2 Gültigkeitserfordernisse für Kassenrezepte.....	8
3. § 3 Prüfung und Ergänzung von Kassenrezepten .....	10
4. § 4 Gültigkeitsdauer von Kassenrezepten .....	11
5. § 5 Apothekenstampiglie .....	12
6. § 6 Korrekturen auf dem Kassenrezept.....	12
7. § 7 Abgabe von Arzneispezialitäten .....	14
8. § 8 Abgabe von magistralen Zubereitungen .....	22
9. § 9 Vergütung bei der Herstellung magistraler Zubereitungen.....	23
10. § 10 Änderung von Abgabebedingungen .....	27
<b>Anlage IV</b> .....	<b>28</b>
1. § 3 Zeitpunkt und Zeitraum der Rechnungslegung .....	28
2. § 4 Datenübermittlung .....	29
3. § 5 Verrechnung einer Zusatzgebühr .....	30
4. § 6 Legung der Rezepte .....	31
5. § 9 Gültigkeits- und Abgabeerfordernisse .....	32
6. § 10 Rückvergütung von Rezeptgebühren und Kostenanteilen .....	33
<b>Register</b> .....	<b>34</b>
1. Abkürzungen .....	34
2. Stichwortverzeichnis .....	34
3. Kontakt .....	40
<b>Impressum</b> .....	<b>40</b>



## Stammvertrag

### 1. § 2 Abgabe von Heilmitteln

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

**(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.**

**Erläuterung:** Als gültige Kassenrezepte gelten neben dem vom Hauptverband aufgelegten bundeseinheitlichen Kassenrezept auch sämtliche Spitalskassenrezepte, besonders gekennzeichnete Kassenrezepte eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes (z.B. Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst, Ärztelefondienst, ärztlicher Notdienst) sowie alle von den Krankenversicherungsträgern anerkannten Wahlarzt- und

**Kommentar:** Die Anerkennung (Umwandlung) eines Privat- bzw. Wahlarztrezeptes kann erfolgen:

- durch Aufheften des Privat- bzw. Wahlarztrezeptes auf das entsprechende Kassenformular und Anbringung der Kassenstampiglie auf einem der beiden Formulare,
- durch Aufbringung der Kassenstampiglie auf dem Privat- bzw. Wahlarztrezept,
- durch Anbringung einer von den Krankenversicherungsträgern aufgelegten Klebeetikette.

**(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.**



**Kommentar:** Der Bewilligung durch den chef- bzw. kontrollärztlichen Dienst sind gleichzuhalten: Bewilligungen durch Ärzte, die bei den jeweiligen Krankenversicherungsträger die entsprechenden Befugnisse ausüben, wie z.B.: Vertrauensarzt, Gruppenarzt, Bezirksstellenarzt etc. Die chef- bzw. kontrollärztliche Genehmigung muss auch anerkannt werden, wenn sie vom chef- bzw. kontrollärztlichen Dienst eines fremden Krankenversicherungsträgers stammt.

## 2. § 4 Abgabebedingungen

- (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.

## 3. § 5 Ordinationsbedarf

- (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.

## 4. § 6 Rezeptgebühren und Kostenanteile.

- (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 Verschreibweise 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.**

**Kommentar:** In der Regel erfolgt die Ersichtlichmachung der Rezeptgebührenbefreiung durch das Aufbringen einer zweiten Arztstempel auf dem hierfür vorgesehenen Feld am Rezeptformular. Bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gilt für die Rezeptgebührenbefreiung aus der Unfallversicherung ausschließlich das Aufkleben der Befreiungsmarke. Rezeptgebührenfrei sind ferner Rezepte, die vom Arzt gemäß § 136 (4) ASVG (anzeigepflichtige, übertragbare Krankheiten, „M.I.R.“ morbus infectiosus referendus) gekennzeichnet sind.

## **5. § 7 Rechnungslegung und Bezahlung**

- (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.**



**Erläuterung:** Sofern mehr als 30 % der händisch erfassten Sozialversicherungsnummern (je Apotheke und Sozialversicherungsträger) von den auf den Rezepten angeführten Sozialversicherungsnummern abweichen, wird die Bezahlung von 2 Cent pro Rezept für zwei Monate eingestellt. Die Abwicklung erfolgt über die Pharmazeutische Gehaltskasse.

- (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.
- (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.



## Anlage I

### 1. § 1 Allgemeine Bestimmungen

- (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.

### 2. § 2 Gültigkeitserfordernisse für Kassenrezepte

- (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.

**Erläuterung:** Ein Grund, warum keine Sozialversicherungsnummer eruiert werden kann, wäre z.B. bei Neugeborenen, wenn der Überbringer weder die e-card des Patienten bei sich hat, noch dessen Sozialversicherungsnummer kennt.

- 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.**

**Erläuterung:** Die Apotheke ist verpflichtet, die am Rezept angeführte bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer korrekt zu erfassen. Unterlaufen dabei in Einzelfällen Fehler, stellt dies keinen Retaxierungsgrund dar. Für österreichische Staatsbürger reicht jedenfalls die österreichische Sozialversicherungsnummer. Sofern sowohl die österreichische als auch die europäische Sozialversicherungsnummer auf dem Rezept angeführt sind, ist die europäische Sozialversicherungsnummer zu erfassen.

- 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.



**Kommentar:** Als eigenhändige Unterschrift des verschreibenden Arztes wird nur die Originalunterschrift, nicht jedoch eine im Durchschreibeverfahren oder als Faksimile aufgebrachte Unterschrift anerkannt.

- (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.

**Kommentar:** Ist ein Rezept für einen bestimmten Krankenversicherungsträger entwertet und ist dieser Krankenversicherungsträger dennoch als zuständig bezeichnet, ist dieses Rezept als Privat Rezept zu behandeln.

### 3. § 3 Prüfung und Ergänzung von Kassenrezepten

- (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.**

**Erläuterung:** Eine sonstige geeignete Weise der Klarstellung im Sinne dieser Bestimmung ist beispielsweise die Einsichtnahme in eine der Verordnung zugrundeliegende Klinik- oder Facharztverordnung oder die Ermittlung der notwendigen Stärke in Hinblick auf das Lebensalter des Patienten und die Gebrauchsanweisung des Arztes. Werden vom Apotheker hinsichtlich derartiger Klarstellungen keine Vermerke am Rezept angebracht, darf die Abgabe nur gemäß § 7 (6) und (7) vorgenommen werden.

#### **4. § 4 Gültigkeitsdauer von Kassenrezepten**

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

**Erläuterung:** Die Einlösefrist (1 Monat) beginnt in Übereinstimmung mit der bürgerlichrechtlichen Fristberechnung an dem der Ausstellung folgenden Tag. Es wird daher der Ausstellungstag in die Einlösefrist nicht mit eingerechnet.

**Zur Klarstellung:**

<b>Ausstellungsdatum</b>	<b>letztmögliche Abgabe 24:00 Uhr</b>
5.5.	5.6.
31.1.	28.2. (29.2.)
28.2.	31.3.
28.3.	28.4.

**(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.**



## 5. § 5 Apothekenstampiglie

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.

## 6. § 6 Korrekturen auf dem Kassenrezept

**Kommentar:** Ein Korrekturvermerk besteht zumindest aus der Richtigstellung und der Paraphe des verschreibenden Arztes. Er ist nur erforderlich, wenn der Sinn einer Verschreibung, die verschriebene Menge oder das Datum, soweit die Einlösungsfrist betroffen ist, verändert wurde.

- (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.

**Kommentar:** Korrekturen bzw. Ergänzungen der Gebrauchsanweisung bedürfen nur dann eines Vermerkes des Arztes, wenn die Gebrauchsanweisung im konkreten Fall gemäß § 3 Abs. 1 lit. e Rezeptpflichtgesetz erforderlich war. Korrekturen bzw. Ergänzungen einer Gebrauchsanweisung, die gemäß § 3 Abs. 1 lit. e Rezeptpflichtgesetz nicht erforderlich war, haben keinen Einfluss auf die Expedierbarkeit der Verordnung.

- (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.



**Erläuterung:** Als unterschiedliche Schriftbilder auf einem Rezept gelten beispielsweise mehrere Verordnungen in unterschiedlichen Handschriften; mehrere Verordnungen in unterschiedlichen Maschinschriften, Stampiglien und Handschriften; handschriftliche Beifügungen zu Stampiglien und Maschinschriften, die Bestandteile derselben Verordnung sind. Unterschiedliche Schriftbilder innerhalb einer Verordnung gelten grundsätzlich als Ergänzung bzw. Korrektur iSd § 6 Abs. 1, eine Expedition ist daher nur bei Vorliegen eines Korrektur- bzw. Ergänzungsvermerkes des Arztes möglich. Ausgenommen davon sind handschriftliche Beifügungen zu Stampiglien, die Bestandteil derselben Verordnung sind.

**Kommentar:** Ein Korrekturvermerk des Arztes ist nicht erforderlich, wenn die unterschiedlichen Schriftbilder keinen Verdacht des Missbrauches erwecken.

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

**Erläuterung:** Korrekturen des Abgabedatums sind nur ausnahmsweise und ausschließlich in jenen Fällen möglich, in denen der Apotheker irrtümlich (z.B. durch falsches Umstellen des Stempels) ein unrichtiges Abgabedatum aufgebracht hat. In diesen Fällen ist vom Apotheker vor der Rechnungslegung ein entsprechender Vermerk mit Paraphe anzubringen.



## 7. § 7 Abgabe von Arzneyspezialitäten

**Erläuterung:** Die folgenden Bestimmungen regeln die Abgabe von Arzneyspezialitäten. Als Grundlage dienen alle im Warenverzeichnis des Österreichischen Apothekerverlages gekennzeichneten Arzneyspezialitäten. Sämtliche Kassenzeichen im Erstattungskodex wie IND, F2J, F6J, F14, Einschränkung auf bestimmte Fachärzte, Mengenbeschränkungen etc. richten sich ausschließlich an den verschreibenden Arzt und bedürfen keiner Kontrolle durch den Apotheker. Unter „Rücksprache mit dem Krankenversicherungsträger“ ist dessen Einverständnis gemeint.

- (1) Arzneyspezialitäten dürfen von den Apothekern auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nur abgegeben werden, wenn ein gültiges Kassenrezept (§ 2) vorliegt.
- (2) Die Arzneyspezialitäten sind in den am Rezept angeführten Packungsgrößen, Mengenangaben, Darreichungsformen und Wirkstoffstärken abzugeben.

**Kommentar:**

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
28 RE 1 Y	OP II 28 / II OP 28	2 x 28 / 2 RG
56 RE 1 Y	OP III 28 / III OP 28	3 x 28 / 3 RG
	OP IV 28 / IV OP 28	4 x 28 / 4 RG
	OP I 56 / I OP 56	1 x 56 / 1 RG

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
14 (2) G	OP III 14 / III OP 14	3 x 14 / 3 RG
30 IND G	OP II 30 / II OP 30	2 x 30 / 2 RG
100 IND G	OP I 14 / I OP 14	1 x 14
	+	
	OP I 30 / I OP 30	+ 1 x 30
	+	
	OP I 100 / I OP 100	+ 1 x 100 / 3 RG



Beispiel:	verordnet	zu expedieren
7 G	OP I 7 / I OP 7	1 x 7 / 1 RG
14 (2) G	OP II 7 / II OP 7	2 x 7 / 2 RG
28 * N	OP II 14 / II OP 14	2 x 14 / 2 RG
	OP III 14 / III OP 14	3 x 14 / 3 RG
	OP I 28 / I OP 28	
	+	1 x 28
	OP I 7 / I OP 7	+ 1 x 7 / 2 RG

Das Vorhandensein eines allfälligen IND – Vermerkes sowie die Einhaltung allfälliger Alters- bzw. Facharztein-schränkungen ist vom Apotheker nicht zu überprüfen. Auch die verordneten Mengen bedürfen keiner Kontrolle durch den Apotheker. Eine kombinierte Abgabe verschiedener verordneter Packungsgrößen ist daher möglich.

**Bei Ampullen und Infusionen ist wie folgt vorzugehen:**

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
XX 250ml		
1 Stk RE 2 Y	OP I 1 Stk (250ml) /1 Stk (250ml) OP I	1 x 1 Stk (250ml) / 1 RG
5 Stk RE 2 Y	OP II 1 Stk (250ml)/1 Stk (250ml) OP II	2 x 1 Stk (250ml) / 2 RG
10 Stk * N	OP I 10 Stk (250ml)/10 Stk (250ml) OP I	1 x 10 Stk (250ml) / 1 RG
	OP II 1 Stk (250ml)	
	+	1 x 10 Stk (250ml)
	OP I 10 Stk (250ml)	+ 2 x 1 Stk (250ml) / 3 RG



Beispiel:	verordnet	zu expedieren
ZZ 1ml 1 Stk (2) G	OP II 1ml 1 Stk / 1ml 1 Stk OP II	2 x 1 Stk 1ml / 2 RG
5 Stk G	OP II 1ml 5 Stk / 1ml 5 Stk OP II	2 x 5 Stk 1ml / 2 RG
2ml 1 Stk (2) G	OP I 1ml 1 Stk / 1ml 1 Stk OP I	
	+	1 x 5 Stk 1ml
	OP I 1ml 5 Stk / 1ml 5 Stk OP I	+ 1 x 1 Stk 1ml / 2 RG
	OP III 2ml 1 Stk / 2ml 1 Stk OP III	3 x 1 Stk 2ml / 3 RG

(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.

**Kommentar (3) + (4):**

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
2 * N	OP I	1 x 5 / 1 RG
5 G	große Packung	
10 G	u.ä.	
	OP II	1 x 10 / 1 RG
	große Packung	
	u.ä.	
	OP III	1 x 10
	große Packung	+ 1 x 5 / 2 RG
	u.ä.	

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
10 (2) G	OP I	1 x 10 / 1 RG
30 (2) G	OP II	2 x 10 / 2 RG
50 (2) G	OP III	1 x 30 / 1 RG
	OP VIII	1 x 50
		+ 1 x 30 / 2 RG

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
30 * N	OP I	1 x 30 / 1 RG
100 * N	OP II	2 x 30 / 2 RG
	OP III	3 x 30 / 3 RG
	OP IV	4 x 30 / 4 RG
	OP X	3 x 100 / 3 RG
	OP XI	3 x 100
		+ 1 x 30 / 4 RG



(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.

**Kommentar:**

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
21 (2) G	10	1 x 21 / 1 RG
84 G	30 (OP III 10 u.ä.)	1 x 21 / 1 RG
	63	3 x 21 / 3 RG
	105	1 x 21
		+ 1 x 84 / 2 RG

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
6 (2) G	3	1 x 6 / 1 RG
15 * N	7	1 x 6 / 1 RG
30 G	18 (OP II 9 u.ä.)	3 x 6 / 3 RG
60 G	21	3 x 6 / 3 RG
	45	1 x 30
		+ 2 x 6 / 3 RG
	90	1 x 30
		+ 1 x 60 / 2 RG



Beispiel:	verordnet	zu expedieren
10 * N	5	1 x 10 / 1 RG
30 * N	10	1 x 10 / 1 RG
	20	2 x 10 / 2 RG
	30	1 x 30 / 1 RG
	40	1 x 30 + 1 x 10 / 2 RG
	50	1 x 30 + 2 x 10 / 3 RG
	90	3 x 30 / 3 RG

- (6) Hat der Arzt eine Arzneyspezialität 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.

**Kommentar:**

Kann gemäß § 3 (3) bei nicht eindeutigen Verordnungen betreffend Arzneiform keine Klarstellung erzielt werden, ist wie folgt zu expedieren:

**Beispiel:**

Arzneispezialität	verordnet	zu expedieren
XY Filmtabl. 30 (2) G 50 G	XY OP I 50	1 x 50 XY Dragee
XY Dragee 30 (2) G 50 G		(billiger als 1 x 50 Filmtabletten)
XY Salbe 20 (2) G 50 G		
AB Liniment 50 (2) G 100 * N	AB OP I	1 x 20 AB Salbe (billiger als 1 x 50 Liniment)
AB Salbe 20 (2) 40		

- (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.

**Kommentar:**

Kann gemäß § 3 (3) bei nicht eindeutigen Verordnungen betreffend Stärke keine Klarstellung erzielt werden, ist wie folgt zu expedieren:

**Beispiel:**

Arzneispezialität	verordnet	zu expedieren
ZZ Tbl. 25mg 30 (2) G 50 * N	ZZ Tbl.	ZZ Tbl. 25mg
ZZ Tbl. 50mg 30 (2) G 50 * N	OP I 50	1 x 30 / 1 RG

- (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.

**Kommentar:**

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
-----------	-----------	---------------

28 RE2 (2) Y 84 * N	OP I 84 nicht lieferbar (n.l.)	2 x 28 / 2 RG
------------------------	-----------------------------------	---------------

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
-----------	-----------	---------------

14 G	OP II 28	2 x 14 / 2 RG
28 G	n.l.	
98 * N	OP I 100	2 x 28 / 2 RG
100 * N	n.l.	

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
-----------	-----------	---------------

10 (2) G	OP II 50	2 x 10 / 2 RG
30 * N		
50 (2) G	n.l.	

Beispiel:	verordnet	zu expedieren
-----------	-----------	---------------

30 * N	OP I 100	2 x 30 / 2 RG
100 * N	n.l.	



- (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.

## 8. § 8 Abgabe von magistralen Zubereitungen

- (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.

## **9. § 9 Vergütung bei der Herstellung magistraler Zubereitungen**

- (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.

**Kommentar:**

Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
25g G	20g	in Anbruch (i.A.) 25g
100g RE2 Y	30g	i.A. 100g
	50g	i.A. 100g
	60g	i.A. 100g

Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
40g (2) G	20g	i.A. 40g
100g * N	80g	i.A. 100g
	120g	1 x 100g + 20g i.A. 40g

Bei Verwendung einer Arzneispezialität in einer magistralen Zubereitung ist bei der Preisberechnung von der gleich großen oder von der nächst größeren Packung auszugehen, sofern diese nicht mehr als das Zehnfache der kleinsten Packung beinhaltet.



Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
15g (2) G	20g	i.A. 30g
30g * N	45g	1 x 15g + 1 x 30g
300g * N	75g	2 x 30g + 1 x 15g
	150g	5 x 30g

Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
30g G	20g	i.A. 30g
300g * N	60g	i A. 300g
	150g	i.A. 300g

Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
10ml (2) G	20ml	i.A. 30ml
30ml (2) G	60ml	i.A. 96ml
96ml * N		

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



**Kommentar:** Ist bei Spezialitäten mit einer Laufzeit bis zu 2 Jahren die verordnete Menge durch eine oder mehrere Originalpackungen oder durch eine Kombination verschiedener Packungen nicht genau erfüllbar, so ist für die Berechnung des Anbruchs bzw. eines allfälligen Restes von der der Verordnung nahekommenden Packung auszugehen. Der Kassenpreis einer gegebenenfalls über der verordneten Menge im Handel befindlichen Packungsgröße darf jedoch in keinem Fall überschritten werden.

Beispiel:	Verordnet in magistraler Zubereitung	zu expedieren
A 10g (2) G	10g	10g
A 30g G	15g	1 x 10g + 5g i.A. 10g
A 100g * N	20g	2 x 10g
	40g	1 x 30g + 1 x 10g
	65g	2 x 30 + 5g i.A. 10g

(Wird der Kassenpreis der 100g-Packung überschritten,  
ist der Kassenpreis der 100g-Packung zu verrechnen.)

**(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.**

**Kommentar:** Fehlt ein Vermerk des Apothekers hinsichtlich der verwendeten Suppositoriengrundmasse, ist der Kassenversicherungsträger berechtigt, auf die jeweils billigste Suppositoriengrundmasse zu retaxieren.

**(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.**



## 10. § 10 Änderung von Abgabebedingungen

- (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 IV

### 1. § 3 Zeitpunkt und Zeitraum der Rechnungslegung

- (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.

**Erläuterung:** Als geringe Rezeptanzahl im Sinne dieser Bestimmung (quartalsweise Abrechnung) ist eine Anzahl von etwa bis zu 30 Rezepten pro Krankenversicherungsträger und Abgabemonat zu verstehen.

- (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.



## 2. § 4 Datenübermittlung

- (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.
- (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 anzubringen. Vorhandene Vertragspartnernummern bzw. Balkencodes müssen ersichtlich bleiben.

**Kommentar:** Als Unleserlichkeit der vorhandenen Vertragspartnernummer gelten beispielsweise solche Fälle, in denen irrtümlich gleiche Nummernkreise mehrfach vergeben wurden oder das Einlesen aus sonstigen Gründen (Verschmutzung, Beschädigung etc.) nicht möglich ist. Diese vom Apotheker erstellten Ersatz – Rezeptidentifikationsnummern dürfen nicht über die vorhandene (nicht lesbare) Rezeptidentifikationsnummer angebracht werden.

- (7) Auf den Rezepten und Verordnungsscheinen sind jene Daten anzubringen, 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.

**Erläuterung:** Zusätzlich zur am Rezept bzw. Verordnungsschein aufgebrauchten Apothekenstampiglie mit integriertem Datum ist das Rezeptabgabedatum elektronisch zu übermitteln. In der Praxis kann das gestempelte Abgabedatum auf dem Rezept von dem elektronisch mitgelieferten Abgabedatum abweichen. In solchen Fällen ist für etwaige Retaxierungen ausschließlich das auf dem Rezept gestempelte Datum ausschlaggebend.



- (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.

**Erläuterung:** Die Apotheke ist verpflichtet, die am Rezept angeführte bis zu 20-stellige persönliche Kennnummer korrekt zu erfassen. Unterlaufen dabei in Einzelfällen Fehler, stellt dies keinen Retaxierungsgrund dar. Für österreichische Staatsbürger reicht jedenfalls die österreichische Sozialversicherungsnummer. Sofern sowohl die österreichische als auch die europäische Sozialversicherungsnummer auf dem Rezept angeführt sind, ist die europäische Sozialversicherungsnummer zu erfassen.

### 3. § 5 Verrechnung einer Zusatzgebühr

- (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.**

**Kommentar:** Die Suchtgiftgebühr für magistrale Verschreibungen darf pro magistraler Verschreibung vom Apotheker nur einmal verrechnet werden. Werden daher zur Herstellung einer magistralen Verschreibung zwei Packungen einer Arzneispezialität verwendet, bei der die Suchtgiftgebühr bereits im Preis enthalten ist, so muss bei der Ermittlung des Gesamtpreises eine Suchtgiftgebühr in Abzug gebracht werden.

- (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 Arzneitaxe zu verrechnen.**

**Kommentar:** Die jeweils anfallende Arbeitsvergütung ist pro abgegebener Packung zu verrechnen.

#### **4. § 6 Legung der Rezepte**

- (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. § 9 Gültigkeits- und Abgabefordernisse

- (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.

## **6. § 10 Rückvergütung von Rezeptgebühren und Kostenanteilen**

Vom Apotheker verrechnete Rezeptgebühren für Heilmittel bzw. Kostenanteile für Heilbehelfe und Hilfsmittel sind dem Apotheker rückzuvergüten, wenn für diese Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel von den Krankenversicherungsträger keine Kosten übernommen wurden.



## Register

### 1. Abkürzungen

StV:	Stammvertrag
I:	Anlage I des Gesamtvertrages
IV:	Anlage IV des Gesamtvertrages
K:	Kommentar zum Gesamtvertrag
E:	Erläuterung zum Gesamtvertrag

### 2. Stichwortverzeichnis

	Seite
Abgabedatum, Korrektur I § 6 (4)	10
Abgabeforderungen, Fehlen IV § 9	31
Abgabe für mehr als 5 verschiedene Versicherte I § 1 (3)	7
Abgabe von Arzneispezialitäten I § 7	13
Abgabe von magistralen Zubereitungen I § 8	21
Abgabe von nicht gebrauchsfertigen Arzneispezialitäten I § 7 (13), IV § 5 (4)	18, 21
Abgabebedingungen – Änderung I § 10	26
Ablaufdatum, Anbruch einer Arzneispezialität I § 9 (5)	24
Abweichende Konzentrationen und Stärke I § 9 (2)	22
Alter des Patienten – Beachtung I § 3 (3), I § 7 (8)	9, 19
Altersgebundene Verschreibungen I § 7 E	13
Ampullen I § 7 (2)	13, 14
Anbruchsberechnung von Arzneispezialitäten in magistralen Verschreibungen I § 9 (4)	23
Anbruchsberechnung von Arzneispezialitäten ohne Ablaufdatum I § 9 (4)	24, 25
mit Ablaufdatum I § 9 (5)	24, 25
Anerkennung (Umwandlung) eines Privatrezeptes StV § 2 (4) + (5)	3
Angabe unklar bezüglich Darreichungsform, Stärke I § 3 (3)	9
Apothekenstampiglie I § 5, IV § 4 (7), IV § 9 (2)	11,28,31
Arbeit – zusätzlich anfallend bei Abgabe einer Arzneispezialität IV § 5 (4)	30
Arzneiform – Abgabe bei Fehlen I § 7 (6)	18
Arzneimittel – nicht im Arzneibuch bzw. Warenverzeichnis I § 8 (4)	22
Arzneispezialität für Kinder I § 7 (8)	19, 20
Arzneispezialität – nicht im Warenverzeichnis I § 7 (8)	13-21
Arzneispezialitäten – Abgabe im Anbruch I § 9 (4) + (5)	23, 24



Arzneispezialitäten – Abgabe bei Fehlen	
der Darreichungsform I § 3 (3), I § 7 (6)	9, 18
Arzneispezialitäten – Abgabe nach Alter des Patienten I § 7 (8)	19, 20
Arzneispezialitäten – Anbruchsberechnung I § 9 (4) + (5)	23, 24
Arzneispezialitäten – Zulassung bzw. Widerruf der Zulassung I § 10 (2) + (3)	26
Arzneispezialitäten mit Ablaufdatum - siehe Anbruchsberechnung	
Ärztelieferdienst StV § 2 (4)	
- Abgabe StV § 2 (4) E	3
- Gültigkeitsdauer I § 4 (3)	10
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
- Abgabe StV § 2 (4) E	3
- Gültigkeitsdauer I § 4 (3)	10
Arztnummer I § 2 (1) Z.3.a.	7, 8
Arztstampiglie I § 2 (1) Z.3.a.	7, 8
Arztunterschrift I § 2 (1) Z.3.b.	8
Aufhebung der Zulassung I § 10 (2) + (3)	26
Ausstellungsdatum – Fehlen I § 3 (2)	9
Ausstellungsdatum – Korrektur I § 6 (1) + (2)	11
Ausstellungsdatum – behebbarer Mangel IV § 9 (2)	31
Befreiung von der Rezeptgebühr StV § 6 (2)	4
Behebbarer Mängel IV § 9 (2)	31
Berechnung besonderer Unkosten StV § 7 (9)	6
Bereitschaftsdienst, ärztlicher I § 4 (3)	10
Bezirksstellenarztbewilligung StV § 2 (5)	3
Bündelpackung, Kurpackung I § 7 (3)	15
Chemisch identische Stoffe I § 8 (2)	21
Darreichungsform I § 2 (1) Z.2.c.	7
Darreichungsform – Abgabe bei Fehlen I § 3 (3), I § 7 (6)	9, 18
Datenübermittlung IV § 4	28
Datum der Abgabe, Korrektur I § 6 (4)	12
Datum der Ausstellung I § 2 (1) Z.2.	8
Einlösefrist I § 4 (1) E	10
Elektronische Rezeptabrechnung StV § 7 (1)	5
Erfassungsbeitrag – 2 Cent StV § 7 (3)	5
Erfüllung der verordneten Menge bei Arzneispezialitäten I § 7 (5)	17
Ergänzung von Kassenrezepten I § 3	9



Entwertung für eine Kasse I § 2 (3)	9
Erstattungskodex I § 7 E	13
Europäische Krankenversicherungskarte I § 2 (1) Z.1.c.	7
Europäische Krankenversicherungskarte - 20stellige Kennnummer	8
EWR – Abkommen IV § 4 (10)	29
Expediatio nocturna IV § 5 (1)	29
Facharztgebundene Verschreibungen I § 7 E	13
Fehlen der Bezeichnung der Arzneiform (Darreichungsform) I § 3 (3), I § 7 (6)	9, 18
Fehlen der Stärkeangabe I § 3 (3), I § 7 (7)	9, 18
Fehlen von Gültigkeits- u. Abgabeerfordernissen IV § 9	31
Fehlende Angaben auf Rezepten I § 3 (2) + (3)	9,10
Fehlende Angabe „für Kinder“ I § 7 (8)	19
Fehlende Mengenangabe I § 7 (3)	15
Gebrauchsanweisung I § 2 (1) Z.2.d.	7, 8
Gebrauchsanweisung, Korrektur der I § 6 (1)	11
Gefäß-Abgabe und Verrechnung I § 9 (3)	22, 23
Großpackung nicht lieferbar I § 7 (9)	20
Gruppenarztbewilligung K zu StV § 2 (5)	3
Gültigkeitsdauer	
- eines Kassenrezeptes I § 4	10
- eines Spitalskassenrezeptes I § 4 (4)	10
- eines Kassenrezeptes eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes I § 4 (3)	10
Gültigkeitserfordernisse für Kassenrezepte I § 2	7
Gültigkeitserfordernisse, Fehlen IV § 10	31, 32
Heilmittel, verordnetes I § 2 (1) Z.2.b.	8
Hilfsstoffe I § 9 (7)	25
IND I § 7 E	13
Infusionen K zu I § 7 (2)	13, 14
Kassenrezept – Gültigkeitserfordernisse I § 2	7
Kassenrezept – Prüfung und Ergänzung I § 3	9
Kassenrezepte StV § 2 (1) + (4)	3
Kassenrezepte, Abgabe I § 7 E	13
Kinder – Abgabe für – I § 7 (8)	19, 20
Klarstellung auf geeignete Weise I § 3 (3)	9



Klebeetiketten von Krankenversicherungsträger StV § 2 (4)	3
Kombination von Packungsgrößen I § 7 (2) K	13
Kontrollarztbewilligung StV § 2 (5)	3
Korrektur des Abgabedatums I § 6 (4)	12
Korrektur des Ausstellungsdatums I § 6 (1) + (2), IV § 9	11, 31
Korrekturen auf Kassenrezepten I § 6	11
Korrekturvermerk des Arztes I § 6	11
Kostenanteile StV § 6 (1)	4
Legung der Rezepte IV § 6	30
Magistrale Zubereitungen I §§ 8, 9	21-25
Magistrale Zubereitungen, abweichende Stärke I § 9 (2)	22
Mängel, behebbare IV § 9 (2)	31
Mängel, unbehebbare IV § 9 (3)	31
Mengenbeschränkung I § 7 E	13
Nachttaxe IV § 5 (1)	29
Name des Überbringers I § 1 (3)	7
Namensstampiglie des Arztes I § 2 (1) Z.3 lit.a.	7
Neueinreichung von Rezepten nach Ergänzung IV § 9 (3)	31
Nicht behebbare Mängel IV § 9 (3)	31
Nicht erhältliche Arzneyspezialität I § 7 (11) + (12)	21
Nicht erhältliche Packungsgrößen I § 7 (9) + (10)	20, 21
Nicht gebrauchsfertige Arzneyspezialitäten I § 7 (13), IV § 5 (4)	21, 30
Notdienst, ärztlicher I § 4 (3)	10
Ordnungsgruppen IV § 6 (2)	30
Ordinationsbedarf StV § 5	4
Originalunterschrift des Arztes I § 2 (1) Z.3.b.	7
Packungsanzahl ohne Mengenangabe I § 7 (3) + (4)	15
Pharmazeutische Spezialitäten Abgabe I § 7	13
Privat- bzw. Wahlarztrezepte (Umwandlung, Anerkennung) StV § 2 (4)	3
Pro-ordinatione-Verschreibungen StV § 5	4
Quartalsweise Abrechnung IV § 3 (4)	27
Rechnungslegung, Zeitpunkt u. Zeitraum IV § 3	27



Rezeptabgabedatum – elektronisch IV § 4 (7)	28
Rezeptgebühr – höher als Privatverkaufspreis StV § 4 (1)	4
Rezeptgebühr – Befreiung StV § 6 (2)	4
Rezeptgebühr – Rückvergütung IV § 10	32
Rezeptidentifikationsnummer IV § 4 (5)	28
Rezeptkopf Angaben I § 2 (1) Z.1	7
Rezepturteil I § 2 (1) Z.2	7
Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt I § 3 (3) + (2)	9
Schriftbilder, unterschiedliche I § 6 (3)	11
Signum I § 2 (1) Z.3	8
Sonderpharmanummern IV § 9 (6)	32
Spitalskassenrezept – Abgabe v. Heilmittel StV § 2 (4)	3
Spitalskassenrezept – Gültigkeitsdauer I § 4 (4)	10
Stampiglie der Apotheke I § 5	11
Stampiglie des Arztes I § 2 (1) Z.3.lit.a.	7
Stärke – Abgabe bei Fehlen I § 3 (3), I § 7 (7)	9, 19
Stärke, unklar I § 3 (3)	9
Suchtgiftgebühr IV § 5 (3)	30
Suchtgiftverschreibung I § 2 (1)	7
Suchtgiftverschreibung – Vignette I § 2 (2)	9
Suchtgiftverschreibung – Legung IV § 6 (3)	30
Suppositoriengrundmasse – Angabe der – I § 9 (6)	25
Trennblätter IV § 6 (1)	30
Überbringer I § 1 (3)	7
Umwandlung (Anerkennung) von Privatrezepten StV § 2 (4) + (5)	3
Unbehebbarer Mängel IV § 9 (3)	31
Unklare Verschreibungen I § 3 (3)	9
Unkosten – Berechnung StV § 7 (9)	6
Unterschiedliche Schriftbilder I § 6 (3)	11
Unterschrift des Arztes I § 2 (1) Z.3.lit.b.	7
Unzuständiger Krankenversicherungsträger IV § 6 (4)	31
Vergütung bei der Herstellung von magistralen Zubereitungen I § 9	22
Vergütung von Gefäßen I § 9 (3)	22
Versicherungsnummer I § 2 (1), IV § 4 (9) + (10), StV § 7 (2)	7, 29, 5
Verspätet eingereichte Rechnung IV § 3 (5)	27
Vertragspartnernummer des Arztes I § 2 (1) Z.3.a.	7



Wahlarzt- bzw. Privatrezept StV § 2 (4)	3
Wiedereinreichung ergänzter Rezepte IV § 9 (2)	31
Wirkstoff, fehlende Angabe des Gehaltes an I § 7 (7)	19
Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst StV § 2 (4)	3
Wortgeschützte Arzneistoffe I § 8 (2)	21
Zusatzgebühren IV § 5	29
Zuständige Kasse I § 2 (1), § 3 (1)	7, 9



### 3. Kontakt

Für Fragen und Anregungen kontaktieren Sie uns bitte unter:

---

**Pharmazeutische Gehaltskasse**

**Spitalgasse 31**

**A-1090 Wien**

**E-Mail:** [tax@gk.or.at](mailto:tax@gk.or.at)

**Fax:** (01) 404 14 - 259

**Tel:** (01) 404 14 – 200 Vermittlung

250 Roman Hechl

257 Mag. Barbara Marschik

247 MMag. Dr. Thomas Rehor

---

### Impressum



Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich  
Rechnen Sie mit uns!



**Stand:** Jänner 2020

**Herausgeber:** Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich

**Kontakt:** Telefon 01/ 404 14 - 200, Fax 01/ 404 14 – 249, email [office@gk.or.at](mailto:office@gk.or.at), <http://www.gehaltskasse.at/>

**Zusammenstellung und Bearbeitung:** Dr. iur. Wolfgang Nowatschek, Mag. pharm. Mag. phil. Dr. Thomas Rehor

**Inhaltliche Überarbeitung:** Roman Hechl, Wien 2019

**Grafisches Design:** Mag. iur. Maria-Christina Müller, Wien 2016

Die vorliegende Informationsbroschüre wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Dennoch kann keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität sämtlicher Informationen übernommen werden. Eine Haftung der Autoren ist ausgeschlossen.

© Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich