

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

Änderung und Neuverlautbarung der

VEREINBARUNG

**gemäß § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl. Nr. II
473/2004,
der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen**

abgeschlossen zwischen der

Ärztammer für Oberösterreich

und der

ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSKASSE

Änderung und Neuverlautbarung der Zielvereinbarung gemäß § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl. Nr. II 473/2004

Folgendes wird ausdrücklich klargestellt:

(1) Mit dieser Vereinbarung wird die seit 01.12.2005 bestehende Zielvereinbarung gemäß § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung geändert, verlängert sowie ohne Änderung des Geltungsbereichs neu verlautbart und es wird keine neue Vereinbarung abgeschlossen.

(2) Mit dieser Vereinbarung sollen folgende wesentliche inhaltliche Änderungen vorgenommen werden:

- Verlängerung des Geltungszeitraums bis 30.11.2025
- Anpassung der Ziele der Vereinbarung in § 5 Abs 2

(3) Zusätzlich zu diesen inhaltlichen Änderungen bedürfen durch die Fusionierung der Gebietskrankenkassen in den Bundesländern zur ÖGK viele Vertragsbestimmungen einer formalen Änderung von (OÖ)GKK auf ÖGK. Es erscheint daher sinnvoll und notwendig, dass im Nachfolgenden sämtliche Vertragsbestimmungen in der geänderten Form dargestellt werden.

(4) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf sämtliche Geschlechtsidentitäten.

I. Präambel

Gemäß § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung vom Dezember 2004 wurde die Zielvereinbarung mit der 9. Zusatzvereinbarung vom 02.11.2021 auf weitere 2 Jahre befristet abgeschlossen (1.12.2021 – 30.11.2023). Eine Verlängerung auf weitere 2 Jahre ist dann möglich, wenn aufgrund einer rechtzeitig vor dem Auslaufen durchzuführenden Evaluierung der Vereinbarung zu erwarten ist, dass die Ziele der Zielvereinbarung erreicht werden.

Die Evaluierung wurde wieder durchgeführt und die wesentlichen Ziele konnten grundsätzlich wieder erreicht werden. Die ÖGK liegt in OÖ mit durchschnittlichen Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigtem von € 196,44 unter dem Bundesländerschnitt von € 208,35 und belegt im Ranking Platz 2.

II. Verlängerung und Evaluierung der Zielvereinbarung

Die Zielvereinbarung wird von 01.12.2023 bis 30.11.2025 verlängert. Rechtzeitig vor einer weiteren Verlängerung wird eine Evaluierung der vereinbarten Ziele durchgeführt; und zwar aufgrund der Daten des Kalenderjahres 2024.

III. Änderung und Neuverlautbarung der Zielvereinbarung

§ 1 Grundlagen

(1) § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl. Nr II 473/2004, der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (im folgenden kurz „HBK-VO“ genannt), ausgegeben am 10. Dezember 2004, sieht die Möglichkeit vor, dass längstens bis zum 30. November 2005 die Gesamtvertragspartner nach § 341 ASVG für die vom Gesamtvertrag erfassten Einzelvertragspartner eine Vereinbarung über die Verschreibung von Arzneispezialitäten nach § 6 Abs. 1 der HBK-VO (Arzneispezialitäten, die grundsätzlich der ärztlichen Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherung unterliegen) ohne Einholung von ärztlichen Bewilligungen durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst schließen können.

(2) Diese Zielvereinbarung stellt eine solche Vereinbarung dar. Sie überträgt den von der Zielvereinbarung erfassten Vertragsärzten die Kompetenz aber auch die Verantwortung für die Verordnung der grundsätzlich der chefärztlichen Bewilligung unterliegenden Arzneispezialitäten und regelt die dabei zu beachtenden Bedingungen, wobei die Vorgaben der zitierten Verordnung erfüllt werden.

(3) Durch den Abschluss dieser Zielvereinbarung ändert sich der Leistungsanspruch der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst) auf Arzneispezialitäten nicht. Der Wegfall der Bewilligungspflicht darf zu keiner Qualitätsverschlechterung führen. Für eine Betreuung der Vertragsärzte wird eine Servicestelle eingerichtet.

§ 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

(1) Durch diese Zielvereinbarung entfällt in Oberösterreich (im Folgenden: OÖ) die Bewilligungspflicht für alle Arzneispezialitäten innerhalb und außerhalb des Erstattungskodex; aus-

genommen sind daher Verbandstoffe, Diätetische Lebensmittel und Heilnahrungen, wofür die vorherige Bewilligung nach den bisherigen Kriterien einzuholen ist.

(2) Auf Stoffe für magistrale Zubereitungen sind die Regeln für Arzneispezialitäten entsprechend anzuwenden.

(3) Die Dokumentationspflicht bzw. die Vorgangsweise im hellgelben Bereich sowie die Vorgehensweise bei der Anforderung von Arzneispezialitäten im Rahmen des pro ordinatione Bedarfs bleiben von dieser Zielvereinbarung unberührt.

(4) Die Kontrolle der Dauer - und Einzelverordnungen von Suchtgiften in der Substitutionstherapie obliegt weiterhin dem Amtsarzt.

§ 3

Persönlicher Geltungsbereich

Diese Zielvereinbarung wird für die Anspruchsberechtigten der Österreichischen Gesundheitskasse abgeschlossen und gilt unmittelbar für alle Vertragsärzte in OÖ.

§ 4

Grundsätze der Vereinbarung

(1) Die Ärztekammer für Oberösterreich und die ÖGK (im folgenden kurz „ÄK“ und „Kasse“ genannt) beachten bei der Umsetzung dieser Zielvereinbarung folgende Grundsätze gem. § 10 Abs. 2 der HBK-VO:

1. Der Entfall der Bewilligung führt zu keiner Kostensteigerung bei den von den Einzelvertragspartnern verschriebenen Arzneispezialitäten, die nicht auch bei Bewilligungspflicht eingetreten wäre.
2. Der Generika-Anteil steigt.
3. Arzneispezialitäten außerhalb des grünen Bereiches des Erstattungskodex (im folgenden kurz „EKO“ genannt) werden nur dann verschrieben, wenn diese im konkreten Behandlungsfall zur Erreichung des Behandlungsziels unbedingt notwendig sind und es keine Alternative aus dem grünen Bereich des EKO gibt.

(2) Diese Grundsätze und die Ziele nach § 5 werden

1. durch genaue Regeln und Richtlinien für die Verordnung von Arzneispezialitäten,
 2. durch begleitende Analysen der Heilmittelkostenentwicklung („begleitendes Controlling“),
 3. durch Individualhaftungen der Vertragsärzte und
 4. durch ein im Ärztegesamtvertrag geregeltes Bonus/Malus-System
- sichergestellt.

§ 5

Ziele der Vereinbarung

(1) Im Bereich der Kasse sollen die jährlichen Heilmittelkosten beginnend ab 2005 kontinuierlich 104% des jeweiligen Vorjahres nicht übersteigen, wobei die Entwicklung des gesamten österreichischen Heilmittelmarktes (insbesondere Preispolitik und medizinischer Fortschritt) zu berücksichtigen ist.

(2) Die Kasse setzt sich gemeinsam mit den Vertragsärzten folgende konkreten Ziele:

1. Die Kasse liegt im Kalenderjahr 2024 in Absolutbeträgen bei der Entwicklung der Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigtem (jeweils verglichen mit dem Vorjahr) in OÖ unterhalb der durchschnittlichen Steigerung der gesamten ÖGK (Optimalziel) bzw. jener Landesstelle mit der höchsten Steigerung trotz Chefarztspflicht (Mindestziel).
2. Die Kasse wird den Generikaanteil erhöhen (jeweils verglichen mit dem Vorjahr) und liegt beim Generikaanteil in OÖ über dem Durchschnitt der gesamten ÖGK.
3. Es erfolgt im Verhältnis der Kalenderjahre 2023 zu 2024 sowie 2024 zu 2025 in OÖ keine schlechtere Veränderung (höherer Rückgang bzw. geringerer Anstieg) des Anteils von Arzneimitteln im grünen Bereich des EKO im Vergleich zur ÖGK insgesamt (Optimalziel) bzw. im Vergleich zur schlechtesten ÖGK-Landesstelle mit Chefarztspflicht (Mindestziel).

§ 6

Kalenderjahrbezogene Zielwerte für die Einzelvertragspartner

(1) Der Vertragsarzt soll unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse seinen Anteil an Arzneyspezialitäten außerhalb des grünen Bereichs des EKO (gelber Bereich, roter Bereich, Arzneyspezialitäten, die im EKO nicht angeführt sind) gemessen an der Gesamtmenge der verschriebenen Arzneyspezialitäten im Kalenderjahr 2024 gegenüber 2023 und im Kalenderjahr 2025 gegenüber 2024 nicht erhöhen.

Kommt es bei einem Vertragsarzt im Kalenderjahr 2024 bzw 2025 zu einer Erhöhung dieses Anteils, führt dies – unter der Voraussetzung einer einvernehmlichen Feststellung der Zielverfehlung durch das Gemeinsame Gremium (siehe § 10 Abs. 2 Zif. 5) – zu einer finanziellen Haftung des Vertragsarztes im Sinne des § 10 Abs. 3 Zif. 7 der HBK-VO.

Eine finanzielle Haftung des Vertragsarztes ist ausgeschlossen, wenn die Erhöhung begründet ist; insbesondere

1. durch Änderungen am Medikamentenmarkt, die auch bei Beibehaltung der chefärztlichen Bewilligungspflicht zu einer solchen Erhöhung geführt hätten oder
2. durch eine nachvollziehbare Änderung im Patientenkontext des Vertragsarztes, die einen verstärkten Einsatz solcher grundsätzlich bewilligungspflichtiger Arzneyspezialitäten erfordert hat.

(2) Die Vertragsärzte werden über ihr individuelles Verschreibeverhalten zeitnahe informiert.

§ 7

Grundsätze für die Verordnung von Arzneyspezialitäten

Für die Verordnung von Arzneyspezialitäten auf Kosten der Kasse gelten neben den RÖV folgende Grundsätze:

1. Die Arzneyspezialität muss zur Krankenbehandlung im Sinne des ASVG eingesetzt werden.

2. Die Arzneyspezialität muss in Österreich für die entsprechende Diagnose zugelassen sein; kein „off label use“!
3. Die Arzneyspezialität muss extramural eingesetzt werden; keine Verordnung für den Einsatz im Spital (stationär oder ambulant)!
4. Das „Ampelsystem“ des EKO ist einzuhalten:
 - In erster Linie ist eine Arzneyspezialität aus der grünen Box zu verordnen!
 - Steht keine geeignete Arzneyspezialität in der grünen Box zur Verfügung, ist ein Präparat aus der gelben Box zu wählen!
 - Nur wenn in der grünen und gelben Box keine günstigere geeignete Arzneyspezialität zur Verfügung steht, kann aus der roten Box verordnet werden!

Innerhalb der Box ist die wirtschaftlich günstigste geeignete Arzneyspezialität zu wählen, d.h. von mehreren im Preis gleichen Mitteln das geeignetste, von mehreren gleich geeigneten Mitteln jenes, das die geringsten Kosten verursacht (vgl. § 2 Abs. 2 Z 1 RÖV)
5. Bei jeder Verordnung ist die Generikafähigkeit zu beachten; nach Möglichkeit ist ein Generikum zu verordnen!
6. Der Therapieeinstieg hat mit einer Kleinpackung zu erfolgen.
7. Die Verordnung von Großpackungen ist nach dem Therapieeinstieg mit einer Kleinpackung dann möglich, wenn die Kriterien von Dauertherapie, Compliance des Patienten und Ökonomie (Großpackung billiger als mehrere Kleinpackungen) erfüllt sind.
8. Mengenbeschränkungen lt. EKO sind einzuhalten. Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn
 - der Therapieeinstieg mit einer Kleinpackung erfolgt ist,
 - die Kriterien Dauertherapie und Compliance des Patienten erfüllt sind,
 - die Verordnung mehrerer Packungen einen Bedarf von max. 3 Monaten nicht übersteigt und
 - es sich nicht um eine Suchtgiftverordnung handelt.
9. Die im EKO angeführten Regeln für die Verordenbarkeit einer Arzneyspezialität sind einzuhalten. Ausnahmen sind im Einzelfall möglich.
10. Arzneyspezialitäten, die nicht im EKO angeführt sind (sog. No Box), dürfen nur dann verordnet werden, wenn im konkreten Einzelfall diese Arzneyspezialität therapeutisch notwendig ist und eine günstigere Arzneyspezialität aus dem EKO nicht zur Verfügung steht.

Ausgenommen davon sind Großpackungen in der No Box, wenn die Kleinpackung im EKO angeführt ist und die o.a. Kriterien (Dauertherapie, Compliance, Ökonomie) vorliegen! Diese dürfen jedenfalls verordnet werden.

11. Nicht auf Kassenkosten verordnet werden dürfen Arzneyspezialitäten
 - zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs,
 - mit überwiegend kosmetischer Wirkung,
 - für die körperliche Hygiene,
 - zur Förderung von Wachstum und Qualität von Haaren und Nägeln,
 - zur Leistungssteigerung,
 - zum Ersatz der Nahrungsaufnahme,

- zur Entwöhnung von Nikotingebrauch,
 - zur Unterstützung gewichtsreduzierender Maßnahmen und
 - zur medizinischen Vorbereitung einer assistierten Reproduktion
12. Arzneispezialitäten, die keiner ärztlichen Verordnung bedürfen (=rezeptfrei) wie zB Vitaminpräparate, Fieberblasensalben oder niedrig dosierte Magnesiumpräparate, dürfen auf Kassenkosten nicht verordnet werden; ausgenommen sie sind in der grünen oder gelben Box des EKO angeführt.
 13. Arzneispezialitäten, die primär zur Prophylaxe dienen, dürfen auf Kassenkosten nur verordnet werden, wenn sie im Einzelfall zur Krankenbehandlung (angeborene oder erworbene Immunschwäche) oder zur vorgezogenen Krankenbehandlung (zB Hepatitis – B Impfung bei Dialysepatienten) eingesetzt werden.
 14. Arzneispezialitäten, die primär zur Empfängnisverhütung dienen, dürfen auf Kassenkosten nur verordnet werden, wenn sie im Einzelfall zur Krankenbehandlung (bei Akne, Endometriose, PCO –Syndrom, Menorrhagie) eingesetzt werden.
 15. Mistelpräparate dürfen nur noch bei bestehenden Therapien additiv zu einer onkologischen Therapie verordnet werden. Für Ersteinstellungen ist keine Kostenübernahme mehr möglich!
 16. Eine magistrale Rezeptur kann auf Kassenkosten nur verordnet werden, wenn sie aus einem Arzneistoff (im Österreichischen oder Europäischen Arzneibuch gelistet) oder einer registrierten Spezialität (Austria Codex) besteht und es sich nicht um ein synthetisches Cannabis handelt.

§ 8

Handbuch zur Zielvereinbarung

(1) Die Vorgehensweise bei der Verordnung von Arzneispezialitäten im Geltungsbereich der Zielvereinbarung wird im Detail im sog. „Handbuch zur Zielvereinbarung“ geregelt. Das Handbuch ist ein Bestandteil der Zielvereinbarung (Anlage) und für die Vertragsärzte verbindlich. Es enthält:

1. System der Zielvereinbarung
2. Grundsätze für die Verordnung von Arzneispezialitäten auf Kassenkosten (vgl. § 7)
3. Besonderheiten für einzelne Arzneispezialitäten aus dem EKO
4. Voraussetzungen für eine Privatverordnung
5. Arzneispezialitäten und magistrale Rezepturen mit möglicher Individualhaftung (vgl. § 14)

(2) Das Handbuch wird von Ärztekammer und Kasse laufend aktualisiert; und zwar insbesondere die taxative Auflistung der Arzneispezialitäten und magistralen Rezepturen mit möglicher Individualhaftung.

§ 9

Servicestelle

(1) In der Kasse wird eine Servicestelle eingerichtet. Sie ist

1. Auskunft– und Informationsstelle betreffend Arzneispezialitäten im Rahmen der Zielvereinbarung und

2. verpflichtende Anlaufstelle, wenn
 - a. eine Arzneispezialität, die im Punkt 5 des Handbuchs angeführt ist oder
 - b. eine Arzneispezialität, die in Österreich nicht zugelassen ist auf Kassenkosten verordnet werden soll (vgl. Punkt 1.2. des Handbuchs).

(2) In den Fällen, in denen die Servicestelle nach Abs. 1 Zif. 2 verpflichtende Anlaufstelle ist, erteilt diese die Auskunft, ob ein Präparat zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 ASVG gerechtfertigt ist oder nicht. Dazu wird gemeinsam mit dem Vertragsarzt geprüft, ob die Arzneispezialität im konkreten Einzelfall aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und deshalb eine Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex zur Krankenbehandlung überhaupt nicht zur Verfügung steht (vergleiche § 14 der HBK-VO).

(3) Ist die Arzneispezialität aufgrund der Prüfung nach Abs.2 verordenbar, ist ein Kassenrezept auszustellen; ist die Arzneispezialität nicht verordenbar, ist eine Privatverordnung nach Punkt 4 des Handbuchs durchzuführen.

§ 10 Gemeinsames Gremium

(1) Zwischen ÄK und Kasse wird ein paritätisch besetztes „Gemeinsames Gremium Zielvereinbarung - GGZ“ eingerichtet. Die Teilnehmer, die Kommunikationsstruktur, die Frequenz der Treffen, die Willensbildung usw. werden von ÄK und Kasse gemeinsam geregelt (zB in Form einer Geschäftsordnung).

(2) Das „GGZ“ hat folgende Aufgaben:

1. Laufende Beobachtung des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte und der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen auf Basis der Berichte aus dem Begleitenden Controlling (siehe § 11)
2. Erstellen von Vorschlägen für Maßnahmen, die zur Erreichung der Ziele dieser Zielvereinbarung sinnvoll und notwendig sind
3. Evaluierung dieser Zielvereinbarung
4. Aktualisierung des Handbuchs (siehe § 8 Abs. 2)
5. Einvernehmliche Feststellung von Zielverfehlungen nach § 6

(3) Für die Evaluierung der Zielvereinbarung werden der ÄK – unter Beachtung des Datenschutzes - die notwendigen Zahlen zur Entwicklung der Heilmittelkosten im Bereich der Kasse zeitgerecht übermittelt.

(4) Das „GGZ“ erhält regelmäßig Informationen der Servicestelle über die bei der Umsetzung dieser Zielvereinbarung auftretenden Probleme bzw. Fragestellungen.

§ 11 Begleitende Analysen der Heilmittelkostenentwicklung („Begleitendes Controlling“)

(1) Von der Kasse werden begleitende Analysen der Heilmittelkostenentwicklung (begleitendes Controlling) mit folgenden Inhalten erstellt und dem „GGZ“ vorgelegt:

1. Zeitnahe Analyse der Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt und pro Anspruchsberechtigtem im Bereich der Kasse im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr sowie im Vergleich zur ÖGK in anderen Bundesländern

2. Analyse der Mengen- und Kostenentwicklung der Arzneispezialitäten in den einzelnen Bereichen des EKO sowie außerhalb des EKO im Bereich der Kasse im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr sowie im Vergleich zur ÖGK in anderen Bundesländern
3. Analyse der Entwicklung des Generikaanteils im Bereich der Kasse im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr sowie im Vergleich zur ÖGK in anderen Bundesländern
4. Analyse des individuellen Verschreibeverhaltens der Vertragsärzte und der dadurch verursachten Heilmittelkosten; insbesondere auch im Zusammenhang mit individuellen Zielwerten nach § 6
5. Kontrolle der Dokumentation nach Bedarf im Sinne des § 10 (2) Z. 3 der HBK-VO
6. Kontrolle, ob es zu Verlagerungen von Verordnungen aus dem intramuralen Bereich zu den niedergelassenen Vertragsärzten kommt

(2) Ziel der begleitenden Analysen der Heilmittelkostenentwicklung ist es, kollektive und/oder individuelle Fehlentwicklungen im Bereich der Heilmittelverordnungen möglichst rasch aufzuzeigen, sodass ÄK und Kasse umgehend gegensteuern können.

§ 12

Verordnung auf Kassen- oder Privat Rezept

(1) Wenn aufgrund dieser Zielvereinbarung eine Arzneispezialität auf Kassenkosten verordenbar ist (siehe § 7), ist vom Vertragsarzt ein Kassenrezept auszustellen. Sonst darf eine Arzneispezialität nur mit Privat Rezept verordnet werden, wobei der Anspruchsberechtigte vor der Verordnung darüber aufzuklären ist, dass die Kasse in diesen Fällen keine Kosten übernimmt.

(2) Wird vom Vertragsarzt ein Privat Rezept ausgestellt obwohl ein Kassenrezept auszustellen gewesen wäre, ersetzt die Kasse dem Anspruchsberechtigten die nachgewiesenen Kosten und regressiert die Differenz zwischen Kassenpreis und Kostenersatz beim verordnenden Vertragsarzt.

Wurde das Rezept noch nicht eingelöst, wird die Kasse eine Umschreibung des Privat Rezeptes auf ein Kassenrezept durch den Vertragsarzt veranlassen.

§ 13

Information/Beratung/Sanktionen

Verletzt ein Vertragsarzt die Bestimmungen dieser Zielvereinbarung bzw. des gesamtvertraglichen Ökonomiegebotes oder der RÖV, kommt es zunächst zu einer Information und Beratung durch die Kasse. Ändert der Vertragsarzt danach sein Verhalten nicht, wird die ÄK in die Kommunikation mit dem Vertragsarzt einbezogen. Kommt es auch nach gemeinsamen Aktivitäten von ÄK und Kasse noch zu Verletzungen des gesamtvertraglichen Ökonomiegebotes bzw. der RÖV, wird die Kasse ein Verfahren wegen Verletzung des Einzelvertrages einleiten.

§ 14

Individualhaftung

(1) Im Falle einer gravierenden Verletzung dieser Zielvereinbarung kommt es zu einer Individualhaftung des Vertragsarztes; dies bedeutet den Abzug der durch die Verordnung der Arzneispezialität der Kasse entstandenen Kosten vom Honorar des Vertragsarztes.

(2) Eine gravierende Verletzung dieser Zielvereinbarung nach Abs. 1 liegt dann vor, wenn eine Arzneispezialität, wofür eine Anfrage bei der Servicestelle verpflichtend ist (vgl. § 9 Abs.

1 Zif. 2) auf Kassenkosten verordnet wurde, ohne dass diese Anfrage durchgeführt wurde oder die Servicestelle die Verordnung auf Kassenkosten abgelehnt hat.

(3) Kann der Vertragsarzt im Einzelfall nachweisen, dass die Verordnung auf Kassenrezept nach den Kriterien des Leistungsrechtes der Kasse und der Ökonomie gerechtfertigt war, ist der abgezogene Betrag von der Kasse wieder zurück zu erstatten. Ein solcher Nachweis ist dann nicht möglich, wenn die Verordnung auf Kassenkosten trotz Ablehnung durch die Servicestelle erfolgt ist.

§ 15

Dokumentationspflicht

(1) Die Verordnungen aller Arzneyspezialitäten, die nicht im grünen Bereich des EKO angeführt sind, sind von den Vertragsärzten so zu dokumentieren, dass die Einhaltung der Bestimmungen dieser Zielvereinbarung (insbesondere Grundsätze, Regeln und Richtlinien) nachvollziehbar ist. Die Dokumentation in der Patientenkartei ist ausreichend.

(2) Die besonderen Dokumentationspflichten und die Konsequenzen bei einer Verletzung betreffend Arzneyspezialitäten aus dem RE 2- Bereich des EKO (vergleiche § 1 Abs. 2 und § 5 Abs. 5 der HBK-VO) bleiben von dieser Zielvereinbarung unberührt.

§ 16

Bonus/Malus-System (Anreizsystem)

(1) ÄK und Kasse vereinbaren im Ärztegesamtvertrag (als Teil des Honorarpaketes) ein Bonus/Malussystem mit folgenden Eckpfeilern:

1. Bonuszahlungen aufgrund von Folgekosteneinsparungen im Bereich Heilbehelfe/Hilfsmittel, Transporte und Krankengeld
2. Bonus/Malus-Zahlungen aufgrund der Heilmittelentwicklung; und zwar
 - a. Bonus/Malus-Zahlungen aufgrund der Heilmittelkostensteigerung im Vergleich zu den anderen Bundesländern
 - b. Bonifikationen für eine überdurchschnittliche Erhöhung des Generikaanteils
 - c. Bonifikationen für eine Erhöhung des Anteils der Arzneyspezialitäten aus dem grünen Bereich des EKO

(2) Mit den Bonifikationen sollen Anreize gesetzt werden, die Ziele der HBK-VO und dieser Zielvereinbarung zu erreichen. Die Maluszahlung begründet eine Haftung der Vertragsärzte für den Fall, dass sich die Heilmittelkosten in Oberösterreich dynamischer entwickeln als in den anderen Bundesländern.

(3) Eine Bonifikation im Sinne des § 10 Abs. 4 der HBK-VO kommt angesichts des komplexen Bonus/Malus-Systems, welches im Ärztegesamtvertrag geregelt ist, nicht zur Anwendung.

§ 17

Unterstützung der Vertragsärzte durch die Kasse

(1) Aufgrund des Wegfalls der Bewilligungspflicht im extramuralen Bereich könnte es zur Verlagerung von Verordnungen aus dem intramuralen Bereich zu niedergelassenen Vertragsärzten kommen. Um dies zu vermeiden, wird die Kasse das Verordnungsverhalten der Krankenhäuser laufend beobachten und mit den Krankenhäusern gegebenenfalls gegensteuernde Maßnahmen verhandeln.

(2) Die Entscheidung des verordnenden Arztes ist – sofern die Bestimmungen dieser Zielvereinbarung (insbesondere Grundsätze, Regeln und Richtlinien) eingehalten wurden – auch für die Kasse verbindlich. Beschwerden von Anspruchsberechtigten bei der Kasse werden nicht dazu führen, dass dieser die Arzneyspezialität dann doch auf Kassenkosten erhält.

§ 18

Verbindlichkeit für die Vertragsärzte

Der Inhalt dieser Zielvereinbarung ist für alle vom oö Ärztesamtvertrag erfassten Vertragsärzte unmittelbar verbindlich. Er weist einen rechtlichen und tatsächlichen Zusammenhang mit dem Einzelvertrag im Sinne des § 344 ASVG auf.

§ 19

Gültigkeitsdauer

(1) Diese Neuverlautbarung der Zielvereinbarung wird mit Wirksamkeitsbeginn 01.12.2023 bis (vorerst) 30.11.2025 abgeschlossen. Sie ersetzt die Zielvereinbarung gemäß § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl. Nr. II 473/2004 der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen idgF gültig ab 01.12.2005, geändert durch die 1. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.03.2007, die 2. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2007, die 3. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2009, die 4. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2011, die 5. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2013, die 6. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2015, die 7. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2017, die 8. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2019 und die 9. Zusatzvereinbarung, gültig ab 01.12.2021. Verlängerungen für jeweils weitere 2 Jahre sind von ÄK und Kasse beabsichtigt, wenn zu erwarten ist, dass die mit dieser Zielvereinbarung verfolgten Ziele erreicht werden.

(2) Ungeachtet der Befristung kann diese Zielvereinbarung (unabhängig vom Ärztesamtvertrag) von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

§ 20

Verlautbarung

(1) Der Abschluss dieser Zielvereinbarung und ihrer Abänderungen (ausgenommen Änderungen im Handbuch) wird in den "OÖ Ärzte - Mitteilungen der Ärztekammer für OÖ" auf Kosten der ÄK verlautbart.

(2) Die normativen Bestimmungen dieser Zielvereinbarung werden den Vertragsärzten wie folgt bekannt gemacht:

1. Auflage in der ÄK und Kasse zur Einsichtnahme
2. Information durch gemeinsame Aussendungen der ÄK und der Kasse an die betroffenen Vertragsärzte

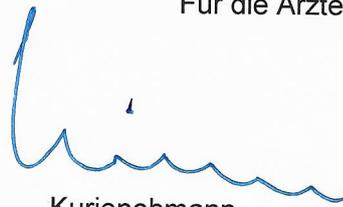
3. Veröffentlichung im Internet.

Das Handbuch zur Zielvereinbarung wurde aktualisiert und ist der Zusatzvereinbarung beigelegt. Mistelpräparate und homöopathische Mittel wurden nun aus dem Handbuch gestrichen, da sie bundesweit nicht mehr bewilligt werden.

Beilage: Handbuch nach § 8

Linz, am 27.2.2024

Für die Ärztekammer für Oberösterreich:



Kurienvorbmann
niedergelassene Ärzte



Präsident



Kurienvorbmann-Stv. niedergelassene Ärzte



Kurienvorbmann-Stv. niedergelassene Ärzte

Für die Österreichische Gesundheitskasse:



Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter
Leiter Geschäftsbereich 2

Handbuch

zur Zielvereinbarung

UMFASST ARZNEISPEZIALITÄTEN
und gilt sinngemäß für magistrale Zubereitungen

Ausgenommen:

Verbandstoffe

Heilnahrungen

Diätetische Lebensmittel

pro ordinatione - Bedarf

2. GRUNDSÄTZE FÜR DIE VERORDNUNG VON ARZNEISPEZIALITÄTEN AUF KASSENKOSTEN

Die PatientInnen erhalten auf Kassenkosten alle für die Behandlung ihrer Krankheit notwendigen Arzneispezialitäten unter Berücksichtigung folgender Grundsätze:

- Die Arzneispezialität muss zur Krankenbehandlung im Sinne des ASVG eingesetzt werden.
- Die Arzneispezialität muss in Österreich für die entsprechende Diagnose zugelassen sein; kein „off label use“!
- Die Arzneispezialität muss extramural eingesetzt werden; keine Verordnung für den Einsatz im Spital (stationär oder ambulant)!
- Das „Ampelsystem“ des EKO ist einzuhalten:
 - In erster Linie ist eine Arzneispezialität aus der grünen Box zu verordnen!
 - Steht keine geeignete Arzneispezialität in der grünen Box zur Verfügung, ist ein Präparat aus der gelben Box zu wählen!
 - Nur wenn in der grünen und gelben Box keine günstigere geeignete Arzneispezialität zur Verfügung steht, kann aus der roten Box verordnet werden!

Innerhalb der Box ist die wirtschaftlich günstigste geeignete Arzneispezialität zu wählen, d.h. von mehreren im Preis gleichen Mitteln das geeignetste, von mehreren gleich geeigneten Mitteln jenes, das die geringsten Kosten verursacht (vgl. § 2 Abs. 2 Z 1 RÖV)

- Bei jeder Verordnung ist die Generikafähigkeit zu beachten; nach Möglichkeit ist ein Generikum zu verordnen!
- Der Therapieeinstieg hat mit einer Kleinpackung zu erfolgen.
- Die Verordnung von Großpackungen ist nach dem Therapieeinstieg mit einer Kleinpackung dann möglich, wenn die Kriterien von Dauertherapie, Compliance des Patienten und Ökonomie (Großpackung billiger als mehrere Kleinpackungen) erfüllt sind.
- Mengenbeschränkungen lt. EKO sind einzuhalten. Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn
 - der Therapieeinstieg mit einer Kleinpackung erfolgt ist,
 - die Kriterien Dauertherapie und Compliance des Patienten erfüllt sind,
 - die Verordnung mehrerer Packungen einen Bedarf von max. 3 Monaten nicht übersteigt und
 - es sich nicht um eine Suchtgiftverordnung handelt.

3. BESONDERHEITEN FÜR EINZELNE ARZNEISPEZIALITÄTEN AUS DEM EKO

Aids-Präparate:

Die Verordnung erfolgt ausschließlich über Therapiezentren! Das Verordnungsintervall ist jeweils bis zur nächsten Kontrolle (3 Monate); daher ist eine zusätzliche Verordnung außerhalb der Zentrums-Lösung nicht notwendig!

Hämophilie-Präparate:

Die Therapieein- und umstellung eines Hämophiliepatienten muss durch ein Hämophiliezentrum (in OÖ Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Klaus Schmitt) erfolgen. Weiterverordnungen erfolgen durch niedergelassene Ärzte; Rezepte sind an die Blutbank Linz zu schicken.

Dialyse-Präparate:

Die Verordnung erfolgt ausschließlich über Dialyseabteilungen.

Suchtgift-Verordnungen:

Suchtgiftverordnungen (Dauer- und Einzelverordnungen) sind im Rahmen der Substitutionsbehandlung dem Amtsarzt zur Kontrolle vorzulegen.

4. VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE PRIVATVERORDNUNG

Darf eine Arzneispezialität nicht auf Kassenkosten verordnet werden, ist ein Privatrezept auszustellen. Zu diesem Zweck können Privat- oder Kassenrezeptformulare verwendet werden.

Werden dafür **Kassenrezeptformulare** verwendet, ist
> unbedingt der Strichcode deutlich zu vernichten UND
> das Formular entsprechend zu kennzeichnen („PRIVAT“)!

Werden **Privatrezeptformulare** verwendet, hat der Vertragsarzt diese mit der Vertragsarztstempel zu versehen, um eine irrtümliche Umschreibung eines vermeintlichen Wahlarztrezeptes auf ein Kassenrezept zu verhindern.

Der Anspruchsberechtigte ist vor der Privatverordnung darüber aufzuklären, dass die Kasse in diesen Fällen keine Kosten übernimmt.