

Inhaltsübersicht

Mitteilungen der Geschäftsstelle

1. energis: Rahmenvertrag
2. Apotheken-A: Nutzung

Kostenträger

3. TK: Neue Rabattverträge - Friedenspflicht
4. BARMER GEK: Kündigung der Produktgruppe 15 (ableitende Inkontinenz)
5. BARMER GEK: Rechnungsabsetzung für Bandagen/Orthesen
6. BKK-Hilfsmittelliefervertrag: Aktualisierte Übersicht der BKK'n
7. Siemens BKK: Taxbeanstandungen von Hilfsmittelversorgungen
8. Bahn BKK: Vertragsanpassung des Hilfsmittelversorgungsvertrages
9. Sozialhilfeträger: Pfälzer (und alle anderen) müssen draußen bleiben!
10. BARMER GEK: Berichtigung des Leistungserbringergruppenschlüssels (LEGS) - PG 29

Apothekenbetrieb

11. Retaxationen der BARMER GEK bei Xalatan und der KKH bei Fraxiparin, Xalatan und Filgastrin

12. Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV): Nachbesserung
13. Substitutionsausschlussliste: Vorabinformation
14. TK: Taxbeanstandungen bei Rezepturen
15. Datenschutz in Apotheken
16. PKV und Beihilfe: Vereinbarung über die Erfassung und Bereitstellung von Daten im Rahmen der Abgabe von Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen
17. Rezepturen: Abgabe zu Lasten der GKV
18. Reimporte: Aktuelle Retaxationen
19. Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR)
20. Wettbewerbsrecht: Keine Abgabe von Rubbellosen bei Rezepteinlösung
21. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
22. BTM: Austausch von Nachfolgerartikeln

Arbeits- und Tarifrecht

23. Mindestlohngesetz

Mitteilungen der Geschäftsstelle

1. energis: Rahmenvertrag

Bekanntermaßen besteht zwischen der energis GmbH und dem Saarländischen Apothekerverein e.V. ein Rahmenvertrag über die Lieferung elektrischer Energie. Nunmehr konnte erreicht werden, dass der Arbeitspreis für die bezogene elektrische Arbeit von 7,2 ct/kWh. auf 6,2 ct/kWh abgesenkt wurde. Dies für den Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2016. Die ab dem 01.01.2015 geltende Individualpreisregelung nebst einer Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag finden Sie unter www.apothekerverein-saar.de im Bereich „Für Mitglieder“ (Benutzername: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de; Kennwort: mitglied) → Arbeitshandbuch → Kapitel 9 → energis: Strompreisvereinbarung.

2. Apotheken-A: Nutzung

Wir bekommen täglich Anfragen zum Apotheken-A. Häufig geht es um die Problematik, welche Darstellungen des Apotheken-A zulässig sind und wann ein Verstoß gegen unsere Markensatzung vorliegt. Zum leichteren Verständnis der Nutzungsbedingungen haben wir eine Apotheken-A-Fibel erstellt. Diese bildet typische Beispiele für zulässige und unzulässige Darstellungen des Apotheken-A ab.

Es ist äußerst wichtig, dass sich alle Nutzer des Apotheken-A an die Vorgaben der Markensatzung halten. Der starke Wiedererkennungswert des Symbols soll nicht durch Abweichungen von der vorgegebenen graphischen Gestaltung verwässert und dadurch angreifbar werden. Wir haben den Eindruck, dass es oft zu falschen Darstellungen des Apotheken-A kommt, weil die einzelnen Vorgaben der Markensatzung nicht hinreichend bekannt sind.

Die Apotheken-A-Fibel finden Sie unter www.apothekerverein-saar.de im Bereich „Für Mitglieder“ (Benutzername: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de; Kennwort: mitglied) → Arbeitshandbuch → Kapitel 9 → Apotheken-A-Fibel.

Kostenträger

3. TK: Neue Rabattverträge - Friedenspflicht

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat neue Rabattverträge geschlossen. Diese starten am 01.11.2014 mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Die Ausschreibung und Vergabe erfolgten wirkstoffbezogen mit bis zu drei Herstellern. Eine genaue Übersicht über die Rabattvertragspartner finden Sie auf der Homepage der Techniker Krankenkasse unter dem Suchbegriff „Rabattverträge“.

Die TK hat uns mitgeteilt, eine Friedenspflicht von einem Monat auszusprechen. Das bedeutet, dass von einer Retaxierung wegen Nichtbeachtung der neuen Rabattverträge für den November 2014 abgesehen wird.

4. BARMER GEK: Kündigung der Produktgruppe 15 (ableitende Inkontinenz)

Die Barmer GEK hat die Produktbereich PG 15 Inkontinenzhilfen - ableitende Inkontinenz - aus dem vdek-Hilfsmittellieferungsvertrag (Anlage 1 und Anlage 4 Teil 2) zum 31.12.2014 gekündigt.

Ab dem 01.01.2015 dürfen Versicherte der Barmer GEK nicht mehr auf Grundlage des vdek-Hilfsmittellieferungsvertrages mit ableitenden Inkontinenzhilfsmitteln der PG 15 versorgt werden.

Die notwendigen Änderungen werden im AB-DA-Artikelstamm plus V veranlasst.

5. BARMER GEK: Rechnungsabsetzung für Bandagen/Orthesen

Bereits mehrfach informierten wir Sie über die Besonderheiten des OT 2-Vertrages mit der BARMER GEK. Insbesondere die Bandagen und Orthesen sorgen momentan für viele Rechnungsabsetzungen. Hintergrund dafür ist, dass der OT 2-Vertrag für alle Leistungserbringer gleichermaßen gilt und sämtliche Bandagen und Orthesen der Produktgruppen 05 und 23 beinhaltet. Für Apotheken ist aber nur ein Bruchteil dieser Hilfsmittel präqualifizierbar und somit beitriffs- und abrechnungsfähig. Werden Hilfsmittel aus anderen Versorgungs-

bereichen abgegeben, setzt die BARMER GEK den Preis von der Rechnung ab.

Wir empfehlen Ihnen deshalb bei der Prüfung der Abrechnungsfähigkeit folgende Vorgehensweise:

1. Prüfung, in welchem Versorgungsbereich (VB) die HM-Pos.-Nr. des Produkts geregelt ist.
2. Prüfung, ob sich dieser Versorgungsbereich auf Ihrem PQ-Zertifikat befindet.
3. Falls PQ vorhanden ist, Prüfung, ob der Beitritt zu diesem VB erklärt wurde.

Sind die Punkte 2 und 3 erfüllt, können sie das Hilfsmittel abgeben. Falls nicht, müssen Sie das PQ-Zertifikat um den gewünschten VB erweitern und/oder den Beitritt erklären. Ansonsten ist eine Belieferung der Versicherten der BARMER GEK leider nicht möglich.

Eine Übersicht über die Zuordnung der Vertragsanlagen zu den Präqualifizierungsbereichen hinsichtlich des BARMER GEK OT 2-Vertrages finden Sie in **Anlage**.

6. BKK-Hilfsmittelliefervertrag: Aktualisierte Übersicht der BKK'n

In **Anlage** finden Sie eine aktualisierte Übersicht der am Hilfsmittelliefervertrag teilnehmenden BKK'n (Stand: 17. Oktober 2014).

Neu hinzugekommen ist die BKK Ernst & Young.

Eine aktualisierte der am Hilfsmittelliefervertrag teilnehmenden BKK'n finden Sie auch unter www.apothekerverein-saar.de im Bereich „Für Mitglieder“ (Benutzername: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de; Kennwort: mitglied) → Arbeitshandbuch → Kapitel 1 → BKK → Hilfsmittelliefervertrag → Teilnahme.

7. Siemens BKK: Taxbeanstandungen von Hilfsmittelversorgungen

Es ist eine Reihe von Taxbeanstandungen bekannt geworden, die im Namen der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) ausgesprochen worden sind und Hilfsmittelversorgungen betreffen. In den dem SAV derzeit vorliegenden Fällen wurden Vollabsetzungen vorgenommen und zur Begründung auf das Fehlen eines Hilfsmittelversorgungsvertrages verwiesen. An dieser Stelle dürfen wir darauf hinweisen, dass die Beanstandungen gerechtfertigt sind. Zwi-

schen dem Saarländischen Apothekerverein e.V. und der Siemens Betriebskrankenkasse besteht **kein** Hilfsmittelversorgungsvertrag. Eine Versorgung der Versicherten kann daher erst nach vorheriger Genehmigung durch die SBK vorgenommen werden.

8. Bahn BKK: Vertragsanpassung des Hilfsmittelversorgungsvertrages

Der DAV befand sich seit Anfang des Jahres 2014 in Gesprächen mit der Bahn BKK über vertragliche Anpassungen des Hilfsmittelversorgungsvertrages vom 08. Dezember 2012.

Die Gespräche, die inzwischen abgeschlossen sind, kamen auf Wunsch der Bahn BKK zustande. Die Bahn BKK hatte Gesprächsbedarf im Hinblick auf die marktüblichen Preisentwicklungen insbesondere in den Produktbereichen:

- PG 15 (aufsaugende Inkontinenz)

Die Bahn BKK hegte den Wunsch, in der PG 15 (aufsaugende Inkontinenz) insgesamt zu einer Pauschalvergütung überzugehen. Derzeit besteht hinsichtlich der Vergütung die Wahlmöglichkeit zwischen einer Einzelvergütung (Festbetrag) und einer Pauschalvergütung (29,41 Euro netto pro Versorgungsmonat). Die Bahn BKK teilte mit, dass der vertraglich vereinbarte Wahlmechanismus zwischen einer Einzelvergütung und einer Pauschalvergütung regelmäßig zuungunsten der Bahn-BKK ausgeübt werde.

Der DAV konnte folgende Einigung erzielen: Die Versorgung der PG 15 auf Basis der Pauschalversorgung „Versorgung aus einer Hand“ (PG 15.99.99.2001) ist weiterhin in Höhe von 29,41 Euro Bestandteil des Hilfsmittelversorgungsvertrages. Die Versorgungsvergütung von Hilfsmitteln zu Festbetrag – 5% wird auf Festbetrag – 10% abgesenkt.

Dem gegenüber hat sich die Bahn BKK dazu bereit erklärt, dem DAV in dem Produktbereich

- PG 17 (Hilfsmittel zur Kompressions-therapie)

wie folgt entgegen zu kommen:

Die Preisvereinbarung der PG 17 wird von Festbetrag – 5% auf Festbetrag angehoben. Die Mehrwert- bzw. Umsatzsteuer wird redaktionell der Festbetragsregelung angepasst.

Des Weiteren konnte in dem Produktbereich

- PG 03 (Applikationshilfen – Infusionsbestecke Pumpenapplikation)

folgende Einigung erzielt werden:

Die Preisvereinbarung über Infusionsbestecke zur Pumpenapplikation (PG 03.99.08.1) wird von derzeit 50,59 Euro (netto) auf AEK + 15% abgeändert.

Es erfolgt eine Auskopplung der Penkanülen (PG 03.99.99.1001) aus der Position Verbrauchsmaterialien (PG 03.99.99) unter Absenkung des Preises auf AEK + 12%. Anderweitige Verbrauchsmaterialien werden weiterhin mit AEK + 15% abgerechnet.

Außerdem hatte die Bahn BKK bereits mit Wirkung ab dem 1. Juni 2014 bzgl. der Versorgung mit Medikamentenverneblern für die unteren Atemwege auf die Durchführung von Genehmigungsverfahren verzichtet, worüber wir berichtet hatten. Diese Änderung wurde nunmehr auch formal in den Vertrag aufgenommen.

9. Sozialhilfeträger: Pfälzer (und alle anderen) müssen draußen bleiben!

Leider gibt es Momente im Leben, die nur noch mit einer gehörigen Portion Sarkasmus erträglich sind, in manchen Regionen Deutschlands allerdings als normal angesehen werden.

Folgender Fall: Einer in Rheinland-Pfalz gelegenen Filialapotheke einer saarländischen Hauptapotheke wird eine Verordnung vorgelegt. Kostenträger ist das Kreissozialamt Pirmasens. Der Patient ist Asylbewerber. Was macht die Apotheke? Sie beliefert natürlich das Rezept. So far so good.

Aber: Die Apotheke hat die Rechnung ohne den Wirt gemacht, mithin dem Kreissozialamt Pirmasens! Dieses hat nämlich die Bezahlung des Rezeptes, es ging immerhin um 49,57 €, wortgewaltig wie folgt abgelehnt: „Im vorliegenden Fall wurde eine Kostenübernahme aufgrund eines fehlenden Krankenbehandlungsscheines abgelehnt. Die Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten im Krankheitsfall einen Krankenbehandlungsschein. Dieser legitimiert den Arzt zur Behandlung von Akuterkrankungen und Schmerzzuständen. Gleichzeitig berechtigt er den Arzt Verordnungen, welche im Rahmen dieser Einschränkungen erforderlich sind, auszustellen. Der Krankenbehandlungsschein wird durch den Leistungsberechtigten oder den handelnden Arzt angefordert. Durch den ausgestellten Krankenbehandlungsschein wird dem Arzt garantiert, dass sämtliche Kosten,

welche im Zusammenhang mit den aktuell vorliegenden Beschwerden des Patienten in Zusammenhang stehen, durch den Landkreis Südwestpfalz abgedeckt werden. Eine Garantie, welcher aufgrund der Leistungseinschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes eine entsprechende Relevanz beizumessen ist. Die Kontinuität der Verwaltung, die Ausfluss des Gleichbehandlungsgrundsatzes ist, verlangt danach, dass eine Änderung der Verwaltungspraxis grundsätzliche Bedeutung erlangt, somit künftig alle Vorgänge nach der veränderten Verwaltungspraxis zu bearbeiten sind. Würden nun Kosten, welche in Zusammenhang mit einer nicht vorab genehmigten Krankenbehandlung stehen, übernommen werden, so hätte dies zur Folge, dass künftig nicht mehr auf eine vorherige Abstimmung mit dem zuständigen Kostenträger verwiesen werden kann. Die Folge wäre, dass die anfallenden Kosten im Nachgang zu der Behandlung auf ihre Übernahmefähigkeit vor dem Hintergrund des Asylbewerberleistungsgesetzes überprüft werden müssten. Dies würde zu einem deutlich höheren Arbeitsaufwand bei allen Beteiligten führen. Gleichzeitig würde diese Vorgehensweise auch für die Apotheken beachtliche Risiken bergen. In Fällen, in denen eine Kostenübernahme aufgrund der Leistungseinschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes abgelehnt werden müsste, müsste die Apotheke die Forderungen gegenüber dem Leistungsberechtigten oder aber dem Arzt, der die Verordnung ausgestellt hatte, geltend machen. Ähnlich müsste verfahren werden, wenn eine Kostenübernahme aufgrund einer geänderten Leistungsberechtigung nicht mehr möglich ist. Da es häufig vorkommt, dass ehemalige Leistungsberechtigte nicht direkt in Anschluss an die Leistungsberechtigung für einen ausreichenden Versicherungsschutz im Krankheitsfall sorgen und es noch öfter geschieht, dass Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz irrtümlich davon ausgehen, dass ihre Beschwerden im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes behandelt werden müssten, wäre eine solche Vorgehensweise auch im Sinne der Ärzte und Apotheken wenig praxistauglich. Ein Vertrag, der diese Umstände völlig außer Acht lässt und eine Zahlungsverpflichtung des Sozialleistungsträgers durch Annahme einer Verordnung durch die Apotheke auslöst ohne dass gewährleistet ist, dass diese Zahlung durch das Asylbewerberleistungsgesetz legitimiert ist, scheint wenig sachdienlich, ein Verweis auf die Tatsache, dass

der Vertrag keine Wirkung gegenüber dem Landkreis Südwestpfalz entfaltet, daher angebracht.“

Zunächst gilt anzumerken, dass auch der Geschäftsführer des SAV, der irgendwann mal Jura studiert hat, manche Sätze drei Mal lesen musste, um sie zu verstehen. Einzige Folge war allerdings nur Verständnislosigkeit!

Die bittere Realität ist aber folgende: Der Saarländische Apothekerverein e.V. hat lediglich Arzneimittel- und Hilfsmittellieferverträge mit saarländischen Sozialhilfeträgern. Bis dato war es Usus, dass auch außersaarländische Sozialhilfeträger diese Verträge gegen sich haben gelten lassen. Die saarländischen Verträge sehen nämlich eine entsprechende Zahlungsverpflichtung vor. Das Kreissozialamt Pirmasens und damit der Landkreis Südwestpfalz lassen diesen Usus nunmehr nicht mehr gegen sich gelten. Vielmehr wird sich hinter dem Asylbewerberleistungsgesetz verschanzt mit dem Hinweis, dass bei zu Unrecht ausgestellten Verordnungen (was der Apotheker allerdings nicht prüfen kann!) ein Zahlungsanspruch gegenüber dem angegebenen Kostenträger nicht besteht. Zahlt daher der nicht saarländische Sozialhilfeträger nicht, müsse sich der Apotheker in solchen Fällen vielmehr an den verordnenden Arzt oder direkt an den Leistungsberechtigten, mithin dem Asylbewerber, wenden, damit Vorgenannte die Verordnung nachträglich bezahlen. Nur: Der Arzt will sicherlich nicht bezahlen und der Asylbewerber hat eh kein Geld! Folge der Rechtsauffassung des Landkreises Südwestpfalz ist, dass Verordnungen, die als Kostenträger nicht saarländische Sozialhilfeträger vorweisen, nicht mehr beliefert werden sollten, da nicht sichergestellt ist, dass der jeweilige nicht saarländische Kostenträger die Verordnung auch tatsächlich bezahlt. Dies haben wir dem Landrat des Landkreises Südwestpfalz, einem gewissen Herrn Duppré, auch so mitgeteilt. Sonderlichen Eindruck hat dies allerdings nicht hinterlassen, eine Reaktion darauf erfolgt nämlich nicht. Es ist daher davon auszugehen, dass es dem Landrat völlig egal ist, ob die jeweiligen Asylbewerber versorgt werden oder nicht! Dies trotz Vorliegen einer Verordnung. Aber die Asylbewerber haben ja auch kein Wahlrecht, von daher.....

10. BARMER GEK: Berichtigung des Leistungserbringergruppenschlüssels (LEGS) - PG 29

Bekanntermaßen benötigen Sie bzw. Ihr Rechenzentrum für die Abrechnung von Hilfsmitteln des Produktbereichs 29 „Stomaartikel“ auf Grundlage des zwischen der Barmer GEK und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV) geschlossenen Hilfsmittelversorgungsvertrags einen siebenstelligen Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS). Dieser ist auf der ersten Seite der Anlage 1 zur Stomaversorgung enthalten.

Die Barmer GEK teilte nun dem DAV mit, dass in der Anlage 1 zur Versorgung mit Stomaartikeln versehentlich der falsche LEGS aufgeführt war. Der korrekte LEGS lautet:

11 98 100.

Apothekenbetrieb

11. Retaxationen der BARMER GEK bei Xalatan und der KKH bei Fraxiparin, Xalatan und Filgrastrin

Die GFS, Rezeptprüfstelle der BARMER GEK, hat Verordnungen über Xalatan wegen angeblicher Nichtbeachtung bestehender Rabattverträge in den Abrechnungsmonaten April bis November 2013 beanstandet. Dabei wurde jedoch übersehen, dass die von den Herstellern angegebenen Darreichungsformen der Arzneimittel nicht austauschbar sind. Nunmehr hat die Kasse gegenüber dem DAV mitgeteilt, keine Beanstandungen mehr auszusprechen und die Beanstandungen zurückzunehmen.

Die GFS, auch Rezeptprüfstelle der KKH, hat Verordnungen über Fraxiparin, Xalatan und Filgrastim wegen angeblicher Nichtbeachtung bestehender Rabattverträge beanstandet. In den Fällen Fraxiparin und Xalatan sind die von den Herstellern angegebenen Darreichungsformen nicht austauschbar. Die KKH hat gegenüber dem DAV mitgeteilt, keine Beanstandungen mehr auszusprechen und die bestehenden zurückzunehmen. Bei Filgrastim Hexal 30M IE/0,5, 5 St. wurde übersehen, dass dieses biotechnologisch hergestellte Arzneimittel nicht in der Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V gelistet ist. Die Verpflichtung zur Abgabe eines Rabattarzneimittels gemäß § 4 Abs. 1 Buchstabe a des Rahmenvertrages be-

steht somit nicht. Die KKH ist über diesen Sachverhalt informiert und hat zugesagt, die Fälle zu prüfen und an die GFS zur Klärung sowie Rücknahme der unberechtigten Taxbeanstandungen zu übergeben.

Wir empfehlen Ihnen, in allen vorgenannten Fällen unbedingt Einspruch einzulegen, falls Sie von einer dieser unberechtigten Retaxationen betroffen sind.

12. Medizinprodukte- Abgabeverordnung (MPAV): Nach- besserung

Im Juli ist eine neue Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV) in Kraft getreten. Zwar zielte diese neue Verordnung durch Zusammenführung zweier Vorgängervorschriften (Medizinprodukteverschreibungsverordnung und Medizinproduktevertriebsverordnung) auf die Vereinfachung des Verkehrs mit Medizinprodukten, doch warf ihre Umsetzung in der Praxis neue Fragen auf.

Dies betrifft die Vorschrift, dass Verschreibungen über verschreibungspflichtige Medizinprodukte nun auch eine E-Mail-Adresse des verschreibenden Arztes oder Zahnarztes enthalten müssen. Zum anderen bereitet die enthaltene Abgabebeschränkung Probleme, wonach Medizinprodukte, die nicht zur Anwendung vom Laien vorgesehen sind, nur an Fachkreise abgegeben werden dürfen.

Diese Probleme hat das Bundesgesundheitsministerium zum Anlass für eine Besprechung mit betroffenen Fachkreisen genommen, an der auch Vertreter der ABDA teilgenommen haben. Im Ergebnis kündigt das BMG eine zeitnahe Überarbeitung der MPAV an:

- **Die Mailadresse** des Arztes ist demnach lediglich in den Fällen verpflichtend vorzusehen, wenn Verschreibungen in Deutschland zum Zweck der Einlösung in einem anderen EU-Mitgliedsland ausgestellt werden. **Das heißt für Sie, dass Sie auf die Angabe einer Mailadresse des Arztes nicht achten müssen.**
- Das **Laienabgabeverbot für Medizinprodukte**, die nicht zur Anwendung durch den Laien bestimmt sind, wird auf Fälle beschränkt, in denen der Laie keine entsprechende ärztliche Verordnung vorlegt. **Das heißt für Sie, dass Sie vom Arzt verschriebene Medizinprodukte wieder dem Apothekenkunden zur**

Anwendung durch den Arzt mitgeben dürfen.

13. Substitutionsausschlussliste: Vorab- information

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. September 2014 die sogenannte Substitutionsausschlussliste beschlossen. Diese wird nunmehr vom Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Sie tritt nach der Verkündung im Bundesanzeiger in Kraft.

Folgende Wirkstoffe in der genannten Darreichungsform nahm der G-BA in den neuen Teil B der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie auf, die in der Apotheke grundsätzlich nicht mehr gegen wirkstoffgleiche Präparate ausgetauscht werden dürfen.

Wirkstoff	Darreichungsform
Betaacetyldigoxin	Tabletten
Ciclosporin	Lösung zum Einnehmen
Ciclosporin	Weichkapseln
Digitoxin	Tabletten
Digoxin	Tabletten
Levothyroxin-Natrium	Tabletten
Levothyroxin-Natrium + Kaliumiodid (fixe Kombination)	Tabletten
Phenytoin	Tabletten
Tacrolimus	Hartkapseln

Für die Wirkstoffe Ciclosporin und Phenytoin wurde bereits durch ein Schiedsverfahren zum 1. April 2014 ein Substitutionsverbot eingeführt.

Über das Inkrafttreten des neuen Teil B der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie werden wir Sie sofort informieren.

Bis dahin haben Sie die Möglichkeit, von der Verpflichtung zur Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel abzusehen, wenn aus Ihrer Sicht im konkreten Einzelfall pharmazeutische Bedenken bestehen.

14. TK: Taxbeanstandungen bei Rezep- turen

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat Rezepturverordnungen, die als Grundlage Kosmetika oder Nichtarzneimittel enthalten, mit der Begründung "nicht zu Lasten der GKV" retaxiert. Als Grund gibt die TK Mängel hinsichtlich der Qualität und Sicherheit bei der Herstellung der Rezepturen an. Sie begründet dies mit Nichtbeachtung der Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung, obwohl bei den meisten Rezeptur-

grundlagen Prüfzertifikate der Hersteller vorliegen.

Nach unserem Verständnis und Ansicht des DAV sieht der vdek-Arzneiversorgungsvertrag (AVV) keine Prüfpflicht für Apotheken bei der Herstellung von Rezepturen mit Nicht-Arzneimitteln vor, da es an einer entsprechenden Regelung in § 4 Absatz 5 des AVV fehlt. Inzwischen wurden wir von betroffenen Apotheken in Kenntnis gesetzt, dass die TK die Retaxationen wieder zurücknimmt.

Wir empfehlen Ihnen - soweit eine Rücknahme der Taxbeanstandung noch nicht erfolgt ist - Einspruch bei der Krankenkasse einzulegen.

15. Datenschutz in Apotheken

Wann braucht die Apotheke einen Datenschutzbeauftragten?

Nicht nur am Apothekerstammtisch scheiden sich die Geister, ob die Apotheke einen Datenschutzbeauftragten braucht. Weit verbreitet ist die Auffassung, dass man ihn nur dann benötigt, wenn man mindestens 10 Mitarbeiter in der Apotheke beschäftigt. So wird das Thema Datensicherheit und Datenschutz gern den Fachleuten der IT-Sicherheit (sprich Apothekensoftware-Anbietern) überlassen.

Das kann unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen. Die Nichtbestellung eines Datenschutzbeauftragten trotz Notwendigkeit gilt als Datenschutzverstoß und kann von den Aufsichtsbehörden (Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit) mit erheblichen Bußgeldern geahndet werden.

So können:

- bei leichten Datenschutzverstößen Bußgelder bis zu 50.000 Euro,
- bei schweren Datenschutzverstößen Bußgelder bis zu 300.000 Euro

verhängt werden.

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) beantwortet die Frage, wann ein Datenschutzbeauftragter zu bestellen ist, in § 4 f Absatz 1. Vorliegend sollen nur die apothekenrelevanten Vorgaben betrachtet werden.

Die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten ist erforderlich,

- wenn automatisierte Verarbeitungen personenbezogener Daten vorgenommen werden, die gemäß § 4 d Absatz 5 einer Vorabkontrolle unterliegen oder
- wenn mindestens 10 Arbeitnehmer regelmäßig mit der automatisierten Verarbeitung, Nutzung oder Erhebung

personenbezogener Daten beschäftigt sind.

Für die relevante Anzahl der Arbeitnehmer sind Mitarbeiter in Haupt- und Filialapotheken zu addieren. Auch ist nicht entscheidend, ob die Arbeitnehmer in Teil- oder Vollzeit beschäftigt sind. Teilzeitbeschäftigte zählen ohne Rücksicht auf die vereinbarten Stunden voll.

Die Frage, wann Vorabkontrollen durchzuführen sind, ist schwieriger zu beantworten. Die Vorabkontrolle, eine zu dokumentierende Prüfung vor Einführung neuer Datenverarbeitungen insbesondere sensibler Daten, die in die Rechte Betroffener (zum Beispiel Kunden und Mitarbeiter der Apotheke) eingreifen, muss zwingend durch einen Datenschutzbeauftragten durchgeführt werden. Dabei ist es unerheblich, wie viele Mitarbeiter in der Apotheke personenbezogene Daten verarbeiten.

Ein klassisches Beispiel für die Erforderlichkeit einer Vorabkontrolle ist die Einführung einer Videoüberwachung, die man in zahlreichen Apotheken vorfindet. Ähnlich dürfte die Einführung von Rezeptscannern in der Apotheke zu bewerten sein.

Das hat die Konsequenz, dass auch kleine Apotheken mit beispielsweise vier Mitarbeitern einen Datenschutzbeauftragten benötigen, wenn sie eine Videoüberwachung einführen möchten.

Die Bestellung des Datenschutzbeauftragten muss mit einer Bestellurkunde durch den Apothekeninhaber erfolgen.

Doch selbst wenn man an dieser Stelle als Apothekeninhaber erleichtert aufatmet, weil die Apotheke keinen Datenschutzbeauftragten benötigt, ist noch keine Entwarnung gegeben. Vielmehr müssen die nach Bundesdatenschutzgesetz verlangten Maßnahmen zum Datenschutz dann durch den Apothekeninhaber selbst sichergestellt werden (vergleiche dazu § 4g Abs.2a BDSG). Das beinhaltet beispielsweise neben der Überwachung der ordnungsgemäßen Anwendung der Datenverarbeitungsprogramme auch die Schulung des Personals zum Datenschutz und die Erstellung einer Verfahrensübersicht.

All das eröffnet häufig Handlungsbedarf in den Apotheken. Der SAV hat sich dieses Problems angenommen und bietet demnächst ein Seminar zum Thema Datenschutz für seine Mitglieder an.

16. PKV und Beihilfe: Vereinbarung über die Erfassung und Bereitstellung von Daten im Rahmen der Abgabe von Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen

Seit dem 1. Januar 2011 werden auch den privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe **Herstellerabschläge** gemäß § 130a Absätze 1, 1a, 2, 3, 3a und 3b SGB V gewährt. Die Rabatte fallen **auch für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen** an. Um die Rabatte bei den pharmazeutischen Unternehmen anzufordern, benötigen die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe die Detaildaten der Zubereitungen.

Bei der Versorgung mit parenteralen Zubereitungen wird eine Sonder-PZN auf das Rezept aufgetragen. Allein auf Grundlage dieser Sonder-PZN kann indes kein Herstellerabschlag eingefordert werden. Es werden vielmehr Angaben zu den tatsächlich verwendeten Fertigarzneimitteln mit den entsprechenden Mengenangaben benötigt.

Sofern die PZN der verwendeten Fertigarzneimittel nicht auf dem Verordnungsblatt vermerkt sind, haben PKV und Beihilfe grundsätzlich zwei Möglichkeiten, diese Detaildaten abzufragen:

- **Schriftliche Anforderung** der Detaildaten **bei der Apotheke** oder
- **Abfrage der Detaildaten über ein elektronisches Austauschverfahren.**

Bisher wurden diese Daten nur vereinzelt auf dem Schriftweg abgefragt, da auf die Freigabe des elektronischen Austauschverfahrens gewartet wurde. Seit Anfang dieses Jahres ist die Freigabe erteilt worden und seitdem werden Daten bei den Rezeptabrechnungsstellen abgefragt. Der Abruf der Daten von den Rezeptabrechnungsstellen erfolgt durch die Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH (ZESAR).

Der PKV-Verband und ZESAR haben dem DAV mitgeteilt, dass derzeit erst wenige Apotheken dieses Verfahren nutzen bzw. Daten an die Rezeptabrechnungsstellen liefern. Auffallend ist zudem, dass häufig eine **Transaktionsnummer (TAN)** auf das Rezept gedruckt wird, jedoch keine Daten bei den Rezeptabrechnungsstellen vorliegen. **Die TAN ist nur dann zu vermerken, wenn ein elektronischer Datensatz übermittelt wird.** Da die Detaildaten wie bereits oben beschrieben benötigt werden, fordern PKV und Beihilfe die Detaildaten der parenteralen Zubereitungen nunmehr

auf dem Postweg an. Mit diesem Vorgehen sind einige Apotheken bereits konfrontiert worden.

In der Folge entsteht ggf. ein erheblicher Mehraufwand bei allen Beteiligten, auch in den einzelnen Apotheken. Dieser Mehraufwand wird von PKV und Beihilfe **nicht vergütet**. Durch die Teilnahme am elektronischen Austauschverfahren wird der **Aufwand auf ein Minimum reduziert**. Zusätzlich erhalten die Apotheken für elektronisch an die Rezeptabrechnungsstellen bereitgestellte Detaildaten eine **Vergütung**. Die Vergütung beträgt für die Apotheken **2,- Euro netto pro TAN** und für die Rezeptabrechnungsstellen **1,- Euro netto pro TAN**. Die Teilnahme am elektronischen Verfahren erfolgt durch

- das Aufdrucken einer TAN auf das Rezept und
- durch die elektronische Übertragung der Daten an die jeweilige Rezeptabrechnungsstelle.

Gegebenenfalls sind zur Übermittlung der Detaildaten an die jeweilige Rezeptabrechnungsstelle **Anpassungen in der eingesetzten Apothekensoftware** notwendig. Es ist daher zu empfehlen, sich diesbezüglich mit dem Softwareanbieter in Verbindung zu setzen. Das elektronische Austauschverfahren im Rahmen der Abgabe von Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen bietet somit zwei Vorteile:

- der Aufwand für die Übermittlung der Daten wird deutlich reduziert und
- die Apotheken erhalten für das Verfahren eine Vergütung.

Für Apotheken, die Zubereitungen zur parenteralen Anwendung abrechnen, kann es daher sinnvoll sein, am elektronischen Austauschverfahren teilzunehmen.

17. Rezepturen: Abgabe zu Lasten der GKV

Immer wieder wird die Frage gestellt, ob Rezepturen generell zu Lasten der GKV abgabefähig sind.

Bei der Abgabe von Rezepturen zu Lasten einer GKV ist zunächst zu klären, ob die verordnete Rezeptur für den jeweiligen Versicherten (Kind oder Erwachsener) erstattungsfähig ist. Grundsätzlich muss es sich bei der Rezeptur um ein Arzneimittel handeln. Rezepturen, die als Kosmetikum oder Lebensmittel fungieren, sind, auch für Kinder, keine Kassenleistung. Des Weiteren ist zu beachten, dass Rezepturen ohne verschreibungspflichtige Bestandteile nur

für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren erstattungsfähig sind. Eine Ausnahme hiervon bilden Rezepturen mit einem Wirkstoff, der von der OTC-Ausnahmeliste erfasst ist, bspw. Salicylsäure (mindestens 2% in der Zubereitung) und Harnstoff (mindestens 5% in der Zubereitung). Zubereitungen, die unter die OTC-Ausnahmeliste fallen, sind sogar für Erwachsene erstattungsfähig. Die gesamte OTC-Ausnahmeliste kann auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) eingesehen werden und ist im Informationsarchiv in der Rubrik Richtlinien unter Arzneimitteln Richtlinien in Anlage I veröffentlicht (<https://www.g-ba.de/downloads/83-691-323/AM-RL-1-OTC-2013-06-05.pdf>). Ansonsten sind für Erwachsene nur verschreibungspflichtige Rezepturen erstattungsfähig. Welche Wirkstoffe in welcher Anwendung oder Stärke verschreibungspflichtig sind, kann bspw. über die Anlage 1 zur Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) ermittelt werden.

Grundsätzlich ist selbstverständlich auch bei Rezepturverordnungen auf ein ordnungsgemäßes Rezept zu achten. Über die gewohnten Angaben für eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung hinaus sind bei der Verschreibung von Rezepturen auch die Zusammensetzung nach Art und Menge zu nennen, sowie die Gebrauchsanweisung. Die Rezepturbestandteile sind auf der Vorderseite der Verordnung zu nennen. Das Taxat der Apotheke ist ebenfalls auf der Rezeptvorderseite aufzubringen. Evtl. Eintragungen auf der Rückseite werden in diesem Fall von der Kasse nicht berücksichtigt.

18. Reimporte: Aktuelle Retaxationen

Derzeit liegen in der Geschäftsstelle einige Retaxationen vor, weil Apotheken einen Reimport abgegeben haben, der teurer war als der verordnete Reimport oder gar als das Original. Rabattverträge spielten in diesen Fällen keine Rolle. Anderenfalls würden diese, sofern dem nichts entgegensteht, wie bspw. ein „aut-idem“-Kreuz, selbstverständlich Vorrang haben. Der Fehler, der den Retaxationen zugrunde liegt, ist, dass die Apotheken offenbar nur den Verkaufspreis (VK) von verordnetem Reimport und abgerechnetem Reimport verglichen haben. Stattdessen hätte jedoch Verkaufspreis minus Herstellerrabatt verglichen werden müssen (seit AMNOG 2011). Die meisten Softwarehäuser bieten hierfür eine gesonderte Sortierung an, sodass die Apotheke

normalerweise keine manuelle Berechnung vornehmen muss und direkt erkennen kann, wie der tatsächliche Preis für die Krankenkasse lautet.

In den vorliegenden Retaxationsfällen waren Reimporte verordnet und weder Rabattverträge waren relevant, noch gab es vergleichbare Generika. Die „aut-idem“-Regelung des Rahmenvertrages würde für diesen Fall vorsehen, dass entweder das vom Arzt namentlich verordnete Mittel abzugeben ist oder ein Reimport, der preisgünstig ist, also in die Importquote eingeht. Würde die Abgabe teurer als verordnet, z.B. aufgrund einer Nicht-Verfügbarkeit sein, wäre dies entsprechend des jeweiligen Liefervertrages zu dokumentieren.

Im folgenden Beispiel war ein Reimport des Anbieters X verordnet. Dieser kostete im VK 521,59 € Abzüglich des Herstellerrabattes waren jedoch 458,65 € als tatsächlicher Preis hinterlegt. Bei der Abgabe wurde fälschlicherweise nur der VK verglichen. Da dieser beim Reimport des Anbieters Y identisch war, tauschte die Apotheke ohne weitere Dokumentation auf dem Rezept gegen Anbieter Y aus. Was bei der Abgabe nicht beachtet wurde, ist, dass der tatsächliche Preis für die Krankenkasse nach Abzug des Herstellerrabattes vom VK beim verordneten Mittel 37,32 € geringer war, als beim abgerechneten.

Verordneter Reimport	Verkaufspreis	Verkaufspreis minus Herstellerrabatt
Reimporteur X	521,59 €	458,65 €
Reimporteur Y	521,59	495,97 €

Anmerkung: Dass der Verkaufspreis identisch ist und sich nach Abzug des Herstellerrabattes trotzdem ein unterschiedlicher Preis ergibt, gründet auf dem Preismoratorium. Der Herstellerrabatt wird bei Einführung des Reimportes in den Handel festgelegt. Ändert sich der Einkaufspreis, hat dies zwar Auswirkungen auf den Verkaufspreis, nicht aber auf den festgelegten Moratoriumsrabatt.

19. Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR)

Frage: Warum können sich die Angaben auf einem Rezept (BSNR bzw. LANR) an den unterschiedlichen Stellen (Codierzeile, Stempel, Rezeptkopf) unterscheiden?

Um Versorgungsengpässe in der ambulanten medizinischen Versorgung zu vermeiden, wur-

de mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in 2007 die Möglichkeit geschaffen, die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit in einer weiteren oder mehreren weiteren Vertragsarztpraxen oder sog. Nebenbetriebsstätten zu erbringen und/ oder Kooperationsformen einzugehen.

Im Zuge dessen ist die ehemalige Arztnummer in mehrere Nummern aufgegangen: Die sogenannte persönliche lebenslange Arztnummer LANR, die (Haupt-) Betriebsstättennummer BSNR und die Nebenbetriebsstättennummer(n) NBSNR, aus der sich der Ort der Erbringung der vertragsärztlichen Tätigkeit ergibt. Die Arztnummer ist eine vorgeschriebene Kennzeichnung der Vertragsärzte und sonstiger Ärzte und entsprechend Psychotherapeuten. Sie ist unabhängig vom Status oder der Betriebsstätte gültig. Jede Betriebsstätte, in der der Vertragsarzt tätig ist, erhält wiederum eine eigene Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer. Die Betriebsstättennummer ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung.

Betriebsstättennummer bei monolokalem Tätigwerden:

Betrachtet man einen Arzt, der nur an einem Standort (z.B. Einzelpraxis, MVZ, örtliche Berufsausübungsgemeinschaft, Ermächtigung) vertragsärztlich tätig ist (sog. „monolokales Tätigwerden), dann ist die Angabe der BSNR auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) eindeutig. Die BSNR wird in der Regel sowohl in den Rezeptkopf, in den Arztstempel und in die Codierzeile eingetragen. Die Nummer der Betriebsstätte lautet hier an allen Stellen auf dem Rezept gleich. Die Betriebsstättennummer der Codierzeile wird bereits mit dem Bezug der Formulare (Muster 16) vorgegeben.

Betriebsstättennummer bei einem Arzt mit Haupt- und Nebenbetriebsstätte:

The image shows a portion of a German medical prescription form (Muster 16). Key fields include:

- Freigabe:** 02-11-2012
- Name, Vorname des Versicherten:** (Blank)
- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** (Blank)
- Verbindliches Muster:** (Stamp)
- Arztstempel:** Includes fields for Name, Beruf, and Unterschrift des Arztes.
- Pharmazie:** Includes fields for Name, Adresse, and Unterschrift des Apothekers.

Bei einem Arzt, der in einer Haupt- und in einer (oder mehreren) Nebenbetriebsstätte(n) tätig ist, bestehen mehrere Betriebsstättennummern. Dies ist u.a. der Fall bei überörtlichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, beim Bestehen von Zweigpraxen oder ausgelagerten Praxisstätten. Die KV gibt dem Vertragsarzt in diesen Fällen genau wie bei einer monolokalen Tätigkeit vor, dass nur Rezeptformulare (Muster 16) bezogen werden, die in der Codierzeile die Betriebsstättennummer der Hauptbetriebsstelle beinhalten. Diese Formulare mit der Betriebsstättennummer der Hauptbetriebsstätte in der Codierzeile werden dann sowohl für Tätigkeiten in der Haupt- als auch in der Nebenbetriebsstelle, verwendet. Bei einer Tätigkeit in der Hauptbetriebsstelle stimmen folglich alle drei Nummer überein. Bei einer Tätigkeit in der Nebenbetriebsstelle wird allerdings als korrekter Leistungsort in den Rezeptkopf die Betriebsstättennummer der Nebenbetriebsstelle eingegeben (neben der LANR = lebenslangen Arztnummer), so dass diese sich von den Angaben des Arztstempels und der Codierzeile unterscheiden kann.

20. Wettbewerbsrecht: Keine Abgabe von Rubbellosen bei Rezepteinlösung

Apotheker, die ihren Kunden beim Einlösen von Rezepten Lose in Form eines Einkaufsgutscheins aushändigen, verstoßen gegen die arzneimittelrechtliche Preisbindung. Das hat in einem aktuell veröffentlichten Urteil das Oberlandesgericht Frankfurt festgestellt (OLG Frankfurt, Urteil vom 10.07.2014, Az. 6 U 32/14). Das OLG sah in der Abgabe des Einkaufsgutscheins einen Verstoß gegen § 78 AMG i.V.m. der Arzneimittelpreisverordnung. Es verweist in seiner Entscheidung auf die Rechtsprechung des BGH, nach der ein Verstoß gegen die Preisbindung auch dann vorliegt, wenn das Arzneimittel zwar zum festgesetzten Preis abgegeben wird, der Kunde aber sonstige Vorteile erhält, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen. Einen solch wirtschaftlichen Vorteil sah das Gericht in dem Rubbellos.

21. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Wie bereits mitgeteilt wird zum 01.01.2015 die eGK eingeführt. Hierdurch ergeben sich weitere Änderungen:

Das Rezeptblatt wurde im Personalienfeld zum 1. Oktober 2014 leicht geändert. Hintergrund

ist, dass die Datenverarbeitung umgestellt wird – von der alten Versichertenkarte auf die Formate der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Lediglich das Feld „Kassen-IK“ wurde umbenannt in „Kostenträgerkennung“ und zwei Begrenzungslinien haben sich verschoben. Ärzte können die alten Formulare weiterhin verwenden, müssen aber seit dem 1. Oktober 2014 nach den neuen Vorgaben bedrucken. Alte Versichertenkarten behalten bis zum 31. Dezember 2014 ihre Gültigkeit. Ab 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die neue elektronische Gesundheitskarte.

Das neue Personalienfeld

Kassenkasse bzw. Kostenträger		72	
Testort-Musterkasse/SVA			
Name, Vorname des Versicherten			
Mustermann-Müller		(Geb. am)	
Prof. Dr. Johanna von		20.10.25	
Musterweg 6			
D 12345 Musterhausen		12/15	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	
101234567		A123456789	
5		8 6	
Betriebsstellen-Nr.		Datum	
123456789		123456499 01.10.14	

Erste Druckzeile: WOP-Kennzeichen anstelle VKNR

Verlängerung des nutzbaren Bereichs um 2 Zeichen

Länderkennzeichen ist obligat

Versicherungsschutz-Ende ist optional (entsprechend eGK)

Kostenträgerkennung ist 9-stellig

Versichertenart obligat, besondere Personengruppe optional, DMP-Kennzeichen optional

Anschrift: Falls auf der Versichertenkarte nur die Postfach-Adresse des Versicherten gespeichert ist, wird diese mit dem Zusatz „Postfach“ in das Personalienfeld gedruckt.

Erläuterung der o.g. Abkürzungen:
WOP= Wohnortkennzeichen
VKNR= Vertragskassennummer der Kassenärztlichen Vereinigung
DMP= Disease- Management- Programm
SVA= Sozialversicherungsabkommen

Für die Prüfpflichten der Apotheke ergibt sich durch die Änderung des Personalienfeldes keine geänderten Prüfpflichten bei der Rezeptbelieferung (es bleibt somit „alles wie gehabt“). Lediglich bei unvollständiger oder ggf. falscher IK-Angabe auf dem Rezept (im Zuge der Änderung mit 9-stelliger IK-Nummer, statt bisher 7-stelliger IK-Nr.) muss die Apotheke sicherstellen, dass bei der Eingabe im Softwaresystem zur Prüfung auf Rabattverträge die richtige IK-Nummer berücksichtigt wird. Im Zweifelsfall kann sich, bei unvollständiger oder falscher IK-Angabe auf dem Rezept, die Apotheke die Versichertenkarte vorlegen lassen, damit gewährleistet werden kann, dass bei der Eingabe/Prüfung auf Rabattverträge die richtige IK-Nummer zugrunde gelegt wird.

Wegfall der Angabe zur Gültigkeitsdauer der Versichertenkarte:

Die neue eGK enthält im Unterschied zur alten Versichertenkarte keine Gültigkeitsdauer mehr, die deshalb auch nicht mehr auf das Verordnungsblatt übertragen werden kann. Die

Angabe der Beendigung des Versicherungsschutzes erfolgt nur noch optional. Das heißt, dass auf einer Vielzahl der mittels eGK ausgestellten Verordnungen keine Gültigkeit der Versichertenkarte mehr angegeben sein wird. In den Arzneilieferverträgen mit den Krankenkassen sowie der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V ist geregelt, dass das Fehlen dieser Angabe nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung führen darf.

Die Informationsschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an Arztpraxen zu dieser Thematik, sowie den Vordruck des neuen Muster-16 Formulars sind unter folgendem Link eingestellt:

<http://www.kbv.de/html/formulare.php>

22. BTM: Austausch von Nachfolger-Artikeln

Aus aktuellem Anlass möchten wir noch einmal auf die Verfahrensweise bei Vorgänger-Nachfolger-Artikeln im Bereich BTM hinweisen. Einige Hersteller nehmen ihre aktuelle Packung mit z. B. 50 St. außer Handel und bringen sie mit veränderter, größerer Stückzahl, z. B. 54 St., erneut auf den Markt. Lt. § 9 Abs. 1 Punkt 4 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung ist die „Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form“ durch den Arzt zwingend anzugeben. Daraus resultiert eine genaue Stückzahlverordnung, welche nicht überschritten werden darf. Sollte eine Änderung der Verschreibung, z. B. Erhöhung der Stückzahl, notwendig sein, so hat der verschreibende Arzt die Änderungen auf allen Teilen des Betäubungsmittelrezeptes zu vermerken und durch seine Unterschrift zu bestätigen. (§ 9 Abs. 2). Eine Änderung, nur vom Apotheker vermerkt, ist somit nicht zulässig und kann zu Retaxationen durch die Krankenkasse führen.

Arbeits- und Tarifrecht

23. Mindestlohngesetz

Am 01. Januar 2015 tritt das Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz – MiLoG) in Kraft. Der Mindestlohn beträgt dann €8,50 je Zeitstunde. Er gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2016.

Im Folgenden werden die Auswirkungen des Gesetzes auf die Arbeitsverhältnisse in Apotheken dargestellt.

1. Wer hat Anspruch auf den Mindestlohn?
Anspruch auf den Mindestlohn hat grundsätzlich jeder Arbeitnehmer und jede Arbeitnehmerin, der/die das 18. Lebensjahr vollendet hat. Minderjährige ohne abgeschlossene Berufsausbildung haben keinen Anspruch auf den Mindestlohn. Minderjährige, die über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, haben hingegen einen Anspruch auf den Mindestlohn.
2. Hat das Mindestlohngesetz Auswirkungen auf die im Gehaltstarif vereinbarten Gehälter?
Alle im Gehaltstarifvertrag vereinbarten Gehälter sind höher als der ab 01. Januar 2015 geltende Mindestlohn. Das Gesetz hat daher keine Auswirkungen auf die im geltenden Gehaltstarifvertrag vereinbarten Gehälter.
3. Hat das Mindestlohngesetz Auswirkungen auf die im Gehaltstarif vereinbarten Ausbildungsvergütungen?
Die Vergütung von Auszubildenden wird nach § 22 Abs. 3 MiLoG von dem Gesetz nicht geregelt. Praktikanten sind zwar Arbeitnehmer im Sinne des Gesetzes, sie haben jedoch nach § 22 Abs. 1 Nr.1 MiLoG dann keinen Anspruch auf den Mindestlohn, wenn sie ein Praktikum leisten, das auf Grund einer schulrechtlichen Bestimmung, einer Ausbildungsordnung oder einer hochschulrechtlichen Bestimmung verpflichtend ist. Sowohl das sechsmonatige PTA-Praktikum als auch das zwölfmonatige Praktikum der Pharmazeuten im Praktikum sind verpflichtend. Weder PKA-Auszubildende noch PTA-Praktikanten und Pharmazeuten im Praktikum haben somit Anspruch auf den Mindestlohn. Das Mindestlohngesetz hat daher keine Auswirkung auf die im Gehaltstarifvertrag vereinbarten Ausbildungsvergütungen.
4. Haben Boten und Reinigungskräfte Anspruch auf den Mindestlohn?
Da jeder Arbeitnehmer einen Anspruch auf den Mindestlohn hat, haben auch Boten und Reinigungskräfte ab dem 01. Januar 2015 einen Anspruch auf einen Mindestlohn in Höhe von € 8,50 je Stunde. Ausgenommen hiervon sind wie oben bereits dargestellt lediglich minderjährige

Arbeitnehmer, die noch keine abgeschlossene Berufsausbildung haben.

5. Haben € 450,-- - Kräfte, Aushilfskräfte und Rentner Anspruch auf den Mindestlohn?
Auch geringfügig Beschäftigte (€450,-- - Kräfte, Minijobber), Aushilfskräfte und Rentner haben unabhängig von der Art ihrer Tätigkeit Anspruch auf den Mindestlohn. Die vom Apothekeninhaber geleisteten Pauschalabgaben für Steuer und Sozialversicherung dürfen bei der Berechnung des Stundenlohns nicht berücksichtigt werden.
Überprüfen Sie bitte die Verträge mit diesen Mitarbeitern darauf, ob der Mindestlohn gezahlt wird. Sollte dies nicht der Fall sein, ist das Gehalt zum 01. Januar 2015 entsprechend zu erhöhen. Sofern durch die Erhöhung des Stundenlohns auf den Mindestlohn die Grenze von €450,-- überschritten wird, muss die Arbeitszeit des Mitarbeiters entsprechend reduziert werden, damit es sich weiter um ein geringfügiges Arbeitsverhältnis handelt.
6. Gibt es Ausnahmen vom Mindestlohn?
Außer Auszubildenden und Praktikanten, die ein verpflichtendes Praktikum absolvieren, haben
 - Praktikanten, die ein freiwilliges Praktikum zur Orientierung für eine Berufsausbildung oder die Aufnahme eines Studiums leisten und
 - Praktikanten, die ein freiwilliges Praktikum begleitend zu einer Berufs- oder Hochschulausbildung leisten, wenn nicht mit demselben Arbeitgeber bereits zuvor ein solches Praktikumsverhältnis bestanden hat,keinen Anspruch auf den Mindestlohn. Das freiwillige Praktikum darf allerdings die Dauer von drei Monaten nicht übersteigen.
Des Weiteren gilt der Mindestlohn in den ersten sechs Monaten der Beschäftigung nicht für
 - Arbeitnehmer, die unmittelbar vor Beginn der Beschäftigung langzeitarbeitslos (mindestens seit einem Jahr arbeitslos) waren.
7. Kann der Mindestlohn durch eine Vereinbarung im Arbeitsvertrag unterschritten werden?

Der Mindestlohn ist nach § 3 MiLoG un-
abdingbar. Das bedeutet, dass eine Ver-
einbarung, die den Anspruch auf Mindest-
lohn unterschreitet oder seine Geltendma-
chung beschränkt oder ausschließt, un-
wirksam ist.

Der Anspruch auf die Zahlung des Min-
destlohns kann voraussichtlich bis zu sei-
ner gesetzlichen Verjährung und nicht nur
innerhalb der Verfallsfristen eines Tarif-
vertrags geltend gemacht werden. Ge-
haltsansprüche verjähren nach § 195 BGB
nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist be-
ginnt nach § 199 BGB mit dem Ende des
Jahres, in dem der Anspruch entstanden
ist. Das bedeutet, dass etwa Ansprüche
auf Zahlung des Mindestlohns vom Januar
2015 noch bis zum 31. Dezember 2018
geltend gemacht werden können.

8. Kann eine Sonderzahlung in Form von
Urlaubs- oder Weihnachtsgeld bei der Be-
rechnung des gezahlten Stundenlohns be-
rücksichtigt werden?

Die Frage, ob Einmalzahlungen etwa in
Form von Urlaubs- oder Weihnachtsgeld
bei der Berechnung des Stundenlohns be-
rücksichtigt werden dürfen, ist im Gesetz
nicht geregelt und wird derzeit kontrovers
diskutiert. Der Mindestlohn ist nach § 2
Abs. 1 Nr. 1 MiLoG zum vereinbarten
Fälligkeitszeitpunkt, nach § 17 Abs. 6
Bundesrahmentarifvertrag für Apothe-
kenmitarbeiter also am vorletzten Banktag
eines jeden Monats, zu zahlen. Da Ein-
malzahlungen gerade nicht monatlich ge-
zahlt werden, wird voraussichtlich davon
auszugehen sein, dass diese bei der Be-
rechnung des gezahlten Stundenlohns
nicht berücksichtigt werden dürfen. Etwas
Anderes kann eventuell dann gelten, wenn
diese Zahlungen monatlich anteilig geleis-
tet werden. Da diese Frage jedoch nicht
geklärt ist, ist zur Vorsicht zu raten.

9. Wer kontrolliert die Zahlung des Mindest-
lohns?

Für die Überwachung der Zahlung des
Mindestlohns sind die Behörden der Zoll-
verwaltung, hier der Arbeitsbereich Fi-
nanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS), zu-
ständig. Sie haben vielfältige Rechte zur
Einsicht in Geschäftsunterlagen und Ar-
beitsverträge. Arbeitgeber und Arbeit-
nehmer sind verpflichtet, Prüfungen zu
dulden und daran mitzuwirken.

10. Welche Konsequenzen hat ein Verstoß
gegen das Mindestlohngesetz?

Verstöße gegen die Zahlung des Mindest-
lohns können mit einer Geldbuße bis zu €
500.000,-- geahndet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Berger
(Vorsitzende)

Carsten Wohlfeil
(Geschäftsführer)

Anlagen:

1. Übersicht BARMER GEK „OT 2“-Vertrag:
Zuordnung zu den Präqualifikationsberei-
chen
2. BKK-Hilfsmittelliefervertrag: Aktualisierte
Übersicht der BKK'n