

Gemeinsame Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V

In dem Schiedsverfahren

Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV),
vertreten durch den Vorstand,
Heidestraße 7,
10557 Berlin

- Antragsteller -

gegen

GKV-Spitzenverband,
vertreten durch den Vorstand,
Reinhardtstraße 28,
10117 Berlin

- Antragsgegner -

wegen: Festsetzung des Vertragsinhaltes nach § 129 Abs. 5e S. 4 SGB V
– Verfahren 2 AP-31-21 –

erlässt die Gemeinsame Schiedsstelle nach § 129 Abs. 7, 8 SGB V, unter dem Vorsitz von Dr. Rainer Hess, den unparteiischen Mitgliedern Prof. Dr. Ingwer Ebsen und Dr. Elmar Mand sowie Berend Groeneveld, Dr. Tilmann Meys, Dr. Sebastian Schmitz, Claudia Korf, Ina Hofferberth, Dr. Hans-Peter Hubmann, Frank-Ullrich Schmidt, Dr. Antje Haas, Nathalie Kohzer, Sabine Jablonka und Boris von Maydell als weiteren Mitgliedern der Schiedsstelle aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 19.05.2022 folgenden

Schiedsspruch:

Gemäß § 2 der Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V werden die folgenden Anhänge festgesetzt:

Anhang zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V

Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation

Präambel

¹ Die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ besteht aus der Arzneimittelerfassung mittels Brown-Bag-Review und einer anschließenden pharmazeutischen Arzneimitteltherapiesicherheits-Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme (ABP). ² Diese werden dann bewertet und soweit wie möglich gelöst. ³ Hierzu kann auch die Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten erfolgen. ⁴ Die hauptbetreuende Ärztin / der hauptbetreuende Arzt erhält bei Einverständnis der versicherten Person einen schriftlichen Bericht.

§ 1 Ziele der Dienstleistung

Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durch Erkennen und Lösen bestehender oder Prävention potenzieller arzneimittelbezogener Probleme (ABP)
- Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie
- Verbesserung der Qualität der Arzneimittelanwendung
- Förderung der Therapietreue
- Förderung der Verbreitung eines AMTS-geprüften Medikationsplans
- Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen stärken.

§ 2 Leistungsbeschreibung

(1) Die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ besteht aus den Prozessschritten 3 bis 7 der „Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung: Medikationsanalyse“ einschließlich der dort aufgeführten Teilprozesse; Stand der Revision: 29.11.2017 (Unteranhang „Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung: Medikationsanalyse“ – als separates Dokument veröffentlicht).

(2) Für die pharmazeutische Dienstleistung sind die folgenden Prozessschritte der Leitlinie relevant:

- Datenerhebung und Datenerfassung (3)
- Pharmazeutische AMTS-Prüfung (4)
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Lösung detektierter ABP (5)
- Abschlussgespräch mit der versicherten Person (6)
- Dokumentation (7).

- (3) ¹ Die Datenerhebung und Datenerfassung erfolgen mittels Brown-Bag-Review im strukturierten Patientengespräch in der Apotheke unter Berücksichtigung weiterer vorhandener Datenquellen, wie beispielsweise vorhandenen Medikationsplänen, Arzneimittellisten, Anweisungen zur Einnahme/Dosierung oder Entlass- und Arztbriefen (Medication Reconciliation). ² Nach der Datenerhebung wird die so erfasste aktuelle Gesamtmedikation im Rahmen der pharmazeutischen AMTS-Prüfung mindestens auf folgende in der Leitlinie genannten ABP geprüft:
- (Pseudo-)Doppelmedikation
 - Interaktionen
 - Ungeeignetes bzw. unzweckmäßiges Dosierungsintervall
 - Ungeeigneter bzw. unzweckmäßiger Anwendungszeitpunkt (auch in Zusammenhang mit Mahlzeiten)
 - Ungeeignete bzw. unzweckmäßige Darreichungsform
 - Anwendungsprobleme
 - Nebenwirkungen
 - Mangelnde Therapietreue
 - Indikation für Selbstmedikation ungeeignet
 - Präparate der Selbstmedikation für Indikation ungeeignet
 - Über- oder Unterdosierungen in der Selbstmedikation
 - Kontraindikationen für Arzneimittel der Selbstmedikation
 - Nicht sachgerechte Lagerung.
- (4) Bei der pharmazeutischen AMTS-Prüfung werden Laborwerte und ärztliche Diagnosen zum Beispiel aus Arzt- und Entlassbriefen berücksichtigt, sofern diese aktuell und für die Prüfung relevant sind und der Apotheke durch die versicherte Person zugänglich gemacht wurden.
- (5) ¹ Detektierte ABP werden bewertet und Lösungsvorschläge erstellt. ² Die Lösungsvorschläge werden bei Bedarf und Zustimmung der versicherten Person mit der zuständigen Ärztin / dem zuständigen Arzt und im Abschlussgespräch mit der versicherten Person besprochen und der Medikationsplan der versicherten Person erstellt bzw. aktualisiert. ³ Anschließend erfolgt die Dokumentation der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ durch die zuständige Apothekerin / den zuständigen Apotheker.
- (6) ¹ Der aktualisierte Medikationsplan wird auf der eGK oder in anderen elektronischen Medien der TI (ePA) – soweit vorhanden – gespeichert. ² Bei Zustimmung der versicherten Person wird der aktualisierte Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen / Vorschläge) der hauptbetreuenden Ärztin / dem hauptbetreuenden Arzt (ggf. Ärztinnen / Ärzten) in vorgegebenem, vorzugsweise in elektronischem Format (technische Schnittstelle Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM)) schriftlich übermittelt. ³ Die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ kann auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden.

§ 3 Definition anspruchsberechtigte versicherte Personen

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen in der ambulanten, häuslichen Versorgung, die aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation einnehmen bzw. anwenden.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

¹ Es sind nur approbierte Apothekerinnen / Apotheker zur Erbringung dieser Dienstleistung berechtigt. ² Sie müssen eine Fortbildung auf Basis des Curriculums der Bundesapothekerkammer „Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“ (Unteranhang „Curriculum der Bundesapothekerkammer: Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“, als separates Dokument veröffentlicht) absolviert haben. ³ Weitere, bereits vorhandene und mindestens gleichwertige, Fortbildungen sind ebenfalls derzeit ausreichend: ATHINA, ARMIN, Apo-AMTS, Medikationsmanager BA KlinPharm, Weiterbildung Geriatriische Pharmazie, Weiterbildung Allgemeinpharmazie. ⁴ Nach Aufforderung der Krankenkasse ist eine gültige Bescheinigung vorzuweisen.

§ 5 Häufigkeit der Leistungserbringung

¹ Die Dienstleistung kann einmal alle 12 Monate erbracht und abgerechnet werden. ² Bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) kann die Dienstleistung vor der 12-Monatsfrist erbracht und abgerechnet werden. ³ Die 12-Monatsfrist nach Satz 1 beginnt nach Aufnahme der Leistungserbringung bei erheblichen Umstellungen erneut.

§ 6 Dokumentation gegenüber Krankenkassen und Vergütung

(1) Dokumentation:

- Sonderkennzeichen „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ (PZN xxxxxxxx)
- Sonderkennzeichen „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation bei erheblichen Umstellungen“ (PZN xxxxxxxx).

(2) ¹ Die Dienstleistung ist als Gesamtleistung mit einer Vergütung von 90,00 Euro netto abrechenbar. ² Kommt das vereinbarte terminierte Abschlussgespräch nicht zustande, hat mindestens ein weiterer telefonischer Kontaktversuch durch die Apotheke zu erfolgen. ³ Ist auch dieser nicht erfolgreich, erfolgt das Versenden des Berichtes an die Ärztin / den Arzt.

§ 7 Priorisierung

Die Dienstleistung erhält die erste zur Auszahlung anstehende Priorität für den Fall, dass die Summe der Abrechnungspreise der von allen öffentlichen Apotheken quartalsweise zur Abrechnung eingereichten pharmazeutischen Dienstleistungen den zur Verfügung stehenden Ausschüttungsbetrag überschreitet (§ 4 Nr. 2 des Anhangs Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V).

+++++

Anhang zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V

Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten

Präambel

Die pharmazeutische Dienstleistung umfasst die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ unter Berücksichtigung der Besonderheiten der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantationen sowie ein ergänzendes semistrukturiertes Folgegespräch zur Unterstützung des Therapieerfolgs.

§ 1 Ziele der Dienstleistung

Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durch Erkennen und Lösen bestehender oder Prävention potenzieller arzneimittelbezogener Probleme (ABP)
- Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie
- Verbesserung der Qualität der Arzneimittelanwendung
- Förderung der Therapietreue
- Förderung der Verbreitung eines AMTS-geprüften Medikationsplans
- Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen stärken.

§ 2 Leistungsbeschreibung

- (1) Die Leistung wird entsprechend der Leistungsbeschreibung im Anhang „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ unter Berücksichtigung der Besonderheiten der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantationen durchgeführt.
- (2) 1Die versicherte Person erhält bei Bedarf 2 bis 6 Monate nach der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ im Rahmen eines semistrukturierten Folgegesprächs erneut eine auf die ambulante immunsuppressive Therapie zugeschnittene Beratung. 2Im

Rahmen der Beratung sollen der Hintergrund der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation, Handhabungs- oder Anwendungsprobleme wiederholt erörtert, sowie aktuelle Bedenken und Sorgen bezüglich der Therapie, mit der versicherten Person (und ggf. auch mit der verordnenden Ärztin / dem Arzt) besprochen und einer Lösung zugeführt werden.

§ 3 Definition anspruchsberechtigte versicherte Personen

¹ Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen nach Organtransplantation, die mit einer immunsuppressiven Therapie ambulant beginnen oder deren immunsuppressive Therapie sich aufgrund einer Neuverordnung eines Immunsuppressivums ändert. ² Hat die versicherte Person in den letzten 6 Monaten diesen Arzneistoff laut Selbstauskunft nicht angewendet, so handelt es sich um eine Neuverordnung eines Immunsuppressivums im Rahmen dieser pharmazeutischen Dienstleistung.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

¹ Es sind nur approbierte Apotheker / Apothekerinnen zur Erbringung dieser Dienstleistung berechtigt. ² Sie müssen eine Fortbildung auf Basis des Curriculums der Bundesapothekerkammer „Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“ (Unterhang „Curriculum der Bundesapothekerkammer: Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“, als separates Dokument veröffentlicht) oder eine mindestens gleichwertige Qualifikation erworben haben. ³ Weitere, auch bereits vorhandene und mindestens gleichwertige, Fortbildungen sind ebenfalls derzeit ausreichend: ATHINA, ARMIN, Apo-AMTS, Medikationsmanager BA KlinPharm, Weiterbildung Geriatrische Pharmazie, Weiterbildung Allgemeinpharmazie. ⁴ Nach Aufforderung der Krankenkasse ist eine gültige Bescheinigung vorzuweisen.

§ 5 Häufigkeit der Leistungserbringung

¹ Einmalig im ersten halben Jahr nach Beginn einer immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation oder wenn sich diese aufgrund der Verordnung eines neuen immunsuppressiven Arzneistoffes ändert. ² Bei paralleler Erstverordnung mehrerer Immunsuppressiva nach Organtransplantation wird für alle Arzneimittel eine gemeinsame pharmazeutische Dienstleistung angeboten und abgerechnet. ³ Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Dokumentation gegenüber Krankenkassen und Vergütung

(1) ¹ Sonderkennzeichen „Erweiterte Medikationsberatung bei immunsuppressiver Therapie“ (PZN xxxxxxxx). ² Die Dienstleistung ist als Gesamtleistung mit einer Vergütung von 90,00 Euro netto abrechenbar. ³ Kommt das vereinbarte terminierte Abschlussgespräch

nicht zustande, hat mindestens ein weiterer telefonischer Kontaktversuch durch die Apotheke zu erfolgen. 4Ist auch dieser nicht erfolgreich, erfolgt das Versenden des Berichtes an die Ärztin / den Arzt.

- (2) 1Sonderkennzeichen „Erneute auf die ambulante immunsuppressive Therapie zugeschnittene Beratung in Form eines semistrukturierten Gesprächs“ (2 bis 6 Monate nach dem Medikationsmanagement) (PZN xxxxxxxx). 2Die Dienstleistung ist mit einer Vergütung von 17,55 Euro netto abrechenbar.

§ 7 Priorisierung

Die Dienstleistungen erhalten die erste zur Auszahlung anstehende Priorität für den Fall, dass die Summe der Abrechnungspreise der von allen öffentlichen Apotheken quartalsweise zur Abrechnung eingereichten pharmazeutischen Dienstleistungen den zur Verfügung stehenden Ausschüttungsbetrag überschreitet (§ 4 Nr. 2 des Anhanges Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V).

+++++

Anhang - zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V:

Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie

Präambel

Die pharmazeutische Dienstleistung umfasst die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ unter Berücksichtigung der Besonderheiten der oralen Antitumorthherapie sowie ein ergänzendes semistrukturiertes Folgegespräch zur Unterstützung des Therapieerfolgs.

§ 1 Ziele der Dienstleistung

Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durch Erkennen und Lösen bestehender oder Prävention potenzieller arzneimittelbezogener Probleme (ABP)
- Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie
- Verbesserung der Qualität der Arzneimittelanwendung
- Förderung der Therapietreue
- Förderung Verbreitung eines AMTS-geprüften Medikationsplans
- Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen stärken.

§ 2 Leistungsbeschreibung

- (1) Die Leistung wird entsprechend der Leistungsbeschreibung im Anhang „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ unter Berücksichtigung der Besonderheiten der oralen Antitumorthherapie durchgeführt.
- (2) ¹Die versicherte Person erhält bei Bedarf 2 bis 6 Monate nach der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ im Rahmen eines semistrukturierten Folgegesprächs erneut eine auf die ambulante orale Antitumorthherapie zugeschnittene Beratung. ²Im Rahmen der Beratung sollen der Hintergrund der oralen Antitumorthherapie, Handhabungs- oder Anwendungsprobleme wiederholt erörtert, sowie aktuelle Bedenken und Sorgen bezüglich der Therapie, mit der versicherten Person (und ggf. auch mit der verordnenden Ärztin / dem Arzt) besprochen und einer Lösung zugeführt werden.

§ 3 Definition anspruchsberechtigter versicherter Personen

¹Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen in der ambulanten Versorgung, die mit einer ärztlich verordneten oralen Antitumorthherapie erstmalig ambulant beginnen oder eine weitere ärztlich verordnete orale Antitumorthherapie als Folgetherapie beginnen. ²Unter Beginn sind die ersten sechs Monate der Therapie zu verstehen.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

¹Es sind nur approbierte Apotheker / Apothekerinnen zur Erbringung der pharmazeutischen Dienstleistung berechtigt. ²Sie müssen eine Fortbildung auf Basis des Curriculums der Bundesapothekerkammer „Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“ (Unteranhang „Curriculum der Bundesapothekerkammer: Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“, als separates Dokument veröffentlicht) oder eine mindestens gleichwertige Qualifikation erworben haben. ³Weitere, auch bereits vorhandene und mindestens gleichwertige, Fortbildungen sind ebenfalls derzeit ausreichend (ATHINA, ARMIN, Apo-AMTS, Medikationsmanager BA KlinPharm, Weiterbildung Geriatrische Pharmazie, Weiterbildung Allgemeinpharmazie). ⁴Nach Aufforderung der Krankenkasse ist eine gültige Bescheinigung vorzuweisen.

§ 5 Häufigkeit der Leistungserbringung

¹Einmalig im ersten halben Jahr nach Beginn einer oralen Antitumorthherapie bzw. einer Folgetherapie mit einem neuen ärztlich verordneten oralen Antitumorthapeutikum. ²Bei paralleler Erstverordnung mehrerer oraler Antitumorthapeutika, wird für alle Arzneimittel eine gemeinsame pharmazeutische Dienstleistung angeboten und abgerechnet. ³Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“ bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Dokumentation gegenüber Krankenkassen und Vergütung

- (1) ¹ Sonderkennzeichen „Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“ (PZN xxxxxxxx). ² Die Dienstleistung ist als Gesamtleistung mit einer Vergütung von 90,00 Euro netto abrechenbar. ³ Kommt das vereinbarte terminierte Abschlussgespräch nicht zustande, hat mindestens ein weiterer telefonischer Kontaktversuch durch die Apotheke zu erfolgen. ⁴ Ist auch dieser nicht erfolgreich, erfolgt das Versenden des Berichtes an die Ärztin / den Arzt.
- (2) ¹ Sonderkennzeichen „Erneute auf die ambulante orale Antitumorthherapie zugeschnittene Beratung in Form eines semistrukturierten Gesprächs (2 bis 6 Monate nach dem Medikationsmanagement)“ (PZN xxxxxxxx). ² Die Dienstleistung ist mit einer Vergütung von 17,55 Euro netto abrechenbar.

§ 7 Priorisierung

Die Dienstleistungen erhalten die erste zur Auszahlung anstehende Priorität für den Fall, dass die Summe der Abrechnungspreise der von allen öffentlichen Apotheken quartalsweise zur Abrechnung eingereichten pharmazeutischen Dienstleistungen den zur Verfügung stehenden Ausschüttungsbetrag überschreitet (§ 4 Nr. 2 des Anhanges Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V).

+++++

Anhang zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V:

Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik

Präambel

¹ Die „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit dem Üben der Inhalationstechnik“ eines Inhalationsdevices erfolgt zunächst mit einer praktischen Demonstration. ² Anschließend wird die korrekte Inhalationstechnik geübt. ³ Dabei werden mögliche Anwendungsfehler identifiziert und gelöst.

§ 1 Ziele der Dienstleistung

Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durch Erkennen und Lösen bestehender oder Prävention potenzieller arzneimittelbezogener Probleme (ABP)

- Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie
- Verbesserung der Qualität der Arzneimittelanwendung
- Förderung der Therapietreue
- Verbesserung des Erreichens von Therapiezielen
- Förderung der Therapieakzeptanz und Gesundheitskompetenz der versicherten Person.

§ 2 Leistungsbeschreibung

- (1) ¹ Die Einweisung der versicherten Person erfolgt auf Basis der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) COPD (aktuell Konsultationsfassung, Empfehlung/Statement 7–11) und Asthma (4. Auflage, 2020, Version 1, Empfehlungen/Statements 13–7 und 13–10) unter Verwendung der entsprechenden Arbeitshilfen nach BAK (v. a. Patientenberatung zur korrekten Anwendung inhalativer Arzneimittel - Standardarbeitsanweisung (SOP) für die Apotheke, Patientenberatung zur korrekten Anwendung inhalativer Arzneimittel - Ergänzende Informationen zur Standardarbeitsanweisung (SOP), korrekte Anwendung inhalativer Arzneimittel - Checkliste für die Apotheke). ² Die Dokumente sind als Unteranhänge unter ihrem jeweiligen Namen separat veröffentlicht.
- (2) ¹ Die versicherte Person führt die Inhalation grundsätzlich mit einem „Dummy“ bzw. Placebo vom Inhalatortyp der versicherten Person durch. ² Im Einzelfall, wenn therapeutisch möglich, kann die Übung der Arzneimittelinhalation mit ihrem Arzneimittel durchgeführt werden. Insbesondere Folgendes wird auf Richtigkeit geprüft: Zustand des Gerätes, Vorbereitung der Inhalation, die Inhalation selbst, das Beenden. ³ Die versicherte Person ist auf die korrekte Anwendung hinzuweisen. Einzelne Schritte werden mit dem „Dummy“, bzw. Placebo vom Inhalatortyp der versicherten Person wiederholt. ⁴ Es erfolgen ein Abschlussgespräch und eine Abschlussdokumentation.

§ 3 Definition anspruchsberechtigte versicherte Personen

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen (Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren) mit Neuverordnung von Devices zur Inhalation bzw. Device-Wechsel oder versicherte Personen (Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren), die laut dokumentierter Selbstauskunft während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung mit dem entsprechenden Inhalatortyp in einer Arztpraxis oder Apotheke erhalten haben und die auch laut dokumentierter Selbstauskunft nicht im DMP Asthma / COPD eingeschrieben sind.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungserbringung erfolgt durch pharmazeutisches Personal mit abgeschlossener Ausbildung.

§ 5 Dokumentation gegenüber Krankenkassen und Vergütung

- (1) Dokumentation: Sonderkennzeichen „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung und Üben der Inhalationstechnik“ (PZN xxxxxxxx)
- (2) Die Dienstleistung ist mit einer Vergütung in Höhe von 20,00 Euro netto abrechenbar.

§ 6 Priorisierung

Die Dienstleistung erhält die zweite zur Auszahlung anstehende Priorität für den Fall, dass die Summe der Abrechnungspreise der von allen öffentlichen Apotheken quartalsweise zur Abrechnung eingereichten pharmazeutischen Dienstleistungen den zur Verfügung stehenden Ausschüttungsbetrag überschreitet (§ 4 Nr. 2 des Anhanges Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V).

+++++

Anhang zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V:

Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck

§ 1 Ziele der Dienstleistung

Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erfolgskontrolle der Blutdruckeinstellung; bei nicht-kontrolliertem Blutdruck, Verweis an die Ärztin / den Arzt
- Anpassung bzw. Intensivierung einer antihypertensiven Therapie bei versicherten Personen, deren Blutdruck zu hoch bzw. nicht kontrolliert ist
- Langfristig: Prävention hypertensiver Endorganschäden
- Ggf. Identifizierung von Arrhythmien wie Vorhofflimmern.

§ 2 Leistungsbeschreibung

- (1) ¹ Es wird eine standardisierte Dreifach-Messung bei versicherten Personen mit bereits diagnostiziertem Bluthochdruck durchgeführt. ² Die Durchführung der standardisierten Dreifach-Messung des Blutdrucks erfolgt unter Verwendung der Standardarbeitsanweisung (SOP) nach BAK (siehe Unteranhang Standardarbeitsanweisung (SOP) „Blutdruckmessung in der Apotheke“, als separates Dokument veröffentlicht), Stand: [bei Inkrafttreten des Schiedsspruches].

- (2) ¹ Die Interpretation, Ableitung entsprechender Maßnahmen und Dokumentation der gemessenen Werte erfolgen mit dem „Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)“ (siehe Unteranhang „Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)“, als separates Dokument veröffentlicht), Stand: [bei Inkrafttreten des Schiedsspruches]. ² In Abhängigkeit von dem Mittelwert aus der 2. und 3. Messung erhalten versicherte Personen eine konkrete Empfehlung zu Maßnahmen. ³ Bei Werten oberhalb definierter Grenzwerte erhalten die versicherten Personen die Empfehlung zur zeitnahen weiteren Abklärung durch eine Ärztin/einen Arzt.

§ 3 Definition anspruchsberechtigte versicherte Personen

¹ Folgende Versichertengruppen können die Dienstleistung „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ in Anspruch nehmen: Versicherte Personen mit verordneten Antihypertensiva ab 2 Wochen nach Therapiebeginn. ² Zur antihypertensiven Therapie zählen: Blutdrucksenker mit den ATC Codes C02 (z. B. Clonidin, Moxonidin, Doxazosin), C03 (Diuretika), C07 (Betablocker), C08 (Calciumkanalblocker), C09 (ACE-Hemmer, Sartane).

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungserbringung erfolgt durch pharmazeutisches Personal der versorgenden Apotheke.

§ 5 Häufigkeit der Leistungserbringung

- (1) ¹ Die Dienstleistung kann einmal alle 12 Monate erbracht und abgerechnet werden. ² Im Falle des Absatzes 2 beginnt die Frist von 12 Monaten neu zu laufen.
- (2) Über den in Absatz 1 beschriebenen Umfang hinaus kann eine Messung zusätzlich bei Änderung der antihypertensiven Medikation ab 2 Wochen nach Einlösung einer Neuverordnung erbracht und abgerechnet werden.

§ 6 Dokumentation gegenüber Krankenkassen und Vergütung

- (1) Dokumentation:
Sonderkennzeichen „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ (PZN xxxxxxxx).
- (2) Die Dienstleistung ist mit einer Vergütung in Höhe von 11,20 Euro netto abrechenbar.
- (3) Die abrechenbare Gesamtleistung umfasst folgende Leistungsbestandteile:
- Durchführung der Risikoerfassung hoher Blutdruck auf Basis der standardisierten Dreifach-Messung des Blutdrucks
 - Erläuterung der Ergebnisse
 - Ggf. Verweis an die Ärztin/den Arzt.

§ 7 Priorisierung

Die Dienstleistung erhält die dritte zur Auszahlung anstehende Priorität für den Fall, dass die Summe der Abrechnungspreise der von allen öffentlichen Apotheken quartalsweise zur Abrechnung eingereichten pharmazeutischen Dienstleistungen den zur Verfügung stehenden Ausschüttungsbetrag überschreitet (§ 4 Nr. 2 des Anhangs Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V).

Gründe

Die in den Anhängen Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation, Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten, Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie und Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik enthaltenen Leistungsbeschreibungen der durch Apotheken zu Lasten der GKV und der PKV erbringbaren pharmazeutischen Dienstleistungen wurden im Konsens der Vertragspartner der Vereinbarung nach § 129 Abs. 5e S. 4 formuliert. Konsentiert ist auch die nicht als Teil des Schiedsspruchs jeweils den Anhängen geregelte Abstufung (Priorisierung) für die Einführung der pharmazeutischen Dienstleistungen. Diese legt bei Überschreitung des sich aus § 3 Abs.1 S. 1 AMPPreisVO und § 4 Nr. 2 des Anhangs Abrechnung zu Anlage 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V ergebenden Gesamt-Ausschüttungsbetrages für die Vergütung vereinbarter pharmazeutischer Dienstleistungen eine Reihenfolge für die Auszahlung dieser Vergütungen in drei Priorisierungsstufen fest. Mit der erforderlichen Mehrheit entschieden wurden die Leistungsbeschreibung des Anhangs Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck und die in allen Anhängen festgesetzten Preise.

- I. Gesetzliche Grundlage für die Einführung der standardisierten Risikoerfassung hohen Blutdrucks ist § 129 Abs. 5e S. 2 Nr. 4 i. V. m S. 3 SGB V. Die standardisierte Risikomessung des Blutdrucks ist nicht Bestandteil einer im Zusammenhang mit der Verordnung eines blutdrucksenkenden Arzneimittels nach § 20 ApoBertrO durchzuführenden Beratung. Sie soll die Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneitherapie durch eine strukturierte pharmazeutische Blutdruckkontrolle verbessern. Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes wird gegen die Einführung dieser pharmazeutischen Dienstleistung eingewandt, dass ihre Effizienz nicht gesichert sei, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines blutdrucksenkenden Arzneimittels verbundene Blutdruckmessung durch den Arzt und deren Wiederholung bei Wiedereinbestellung effizienter sei und die bei langfristigen Blutdruck-Erkrankungen zu Lasten der Krankenkassen durchführbare Selbstmessung des Blutdrucks durch den Patienten wegen der nicht bestehenden Ängste vor einer Kontrolle in der Arztpraxis oder Apotheke die einzig wirksame Alternative sei. Angesichts der unbestreitbaren Tatsache, dass Bluthochdruck der Risikofaktor Nummer eins für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache sind, müssen demgegen-

über nach Überzeugung der Schiedsstelle alle Möglichkeiten zur Eindämmung dieses hohen Gesundheitsrisikos genutzt werden. Insbesondere internationale, aber auch nationale Studien belegen die Effizienz einer Einbeziehung der Apotheken in eine regelmäßige Blutdruckkontrolle. Die enge Einbindung dieser Kontrolle in eine vorrangig zu stellende ärztliche Diagnose einer Hypertonie und in die Verpflichtung der Apotheke, bei Überschreitung der Blutdruckwerte dem Patienten das Aufsuchen eines Arztes zu empfehlen, tragen dabei den Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens Rechnung.

- II. Die in den Anhängen Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation, Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten, Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie und Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik jeweils enthaltenen Vergütungen wurden unter Berücksichtigung der Bewertungsgrundlagen des einheitlichen Bewertungsmaßstabens für die vertragsärztlichen Leistungen (EBM) festgesetzt. Von einer eigenständigen Bewertung pharmazeutischer Dienstleistungen auf der Grundlage der vom DAV vorgelegten betriebswirtschaftlichen Kalkulation für die in Apotheken erbrachten Leistungen wurde Abstand genommen, da die in den Anhängen aufgeführten pharmazeutischen Dienstleistungen mit einer anderen fachlichen Ausrichtung, aber inhaltlich vergleichbar auch als ärztliche Leistungen erbringbar sind und als solche im EBM erfasst sind oder aufgrund seiner Kalkulationsgrundlagen festgesetzt werden können. Dem EBM liegt eine durchgehende betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungen in Anlehnung an ein in der Schweiz über einen Zeitraum von zehn Jahren entwickeltes EDV-gestütztes Kalkulationssystem (TarMed) zugrunde, das nach Überprüfung und Anpassung an das deutsche System als Standardbewertungssystem (STABS) in den EBM Eingang gefunden hat und das auch heute noch gilt. Dabei erfolgt die Kalkulation getrennt für einen ärztlichen und einen technischen Leistungsanteil (AL/TL). Kalkulationsbasis war ein Punktwert von 5,1 Cent, der als Folge der Budgetierung der Gesamtvergütung bis 2008 und ihrer auf den Punktwert bezogenen Fortschreibung nicht erreicht wurde (2013: 3,5363 Cent). Zum 01.01.2014 erfolgte für die Krankenkassen ausgabenneutral eine durch entsprechende Absenkung der Punktzahlen erreichte Umstellung des Orientierungspunktwertes auf 10 Cent. Durch die danach erfolgten Anpassungen des Orientierungspunktwertes ist er für 2022 durch Beschluss des erweiterten BewA v. 15.09.2021 mit 11,2662 Cent neu festgelegt worden. Zum 01.04.2020 ist aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung, die Kostenansätze und Bewertungsrelationen der EBM-Positionen regelmäßig zu überprüfen, eine Überarbeitung der Bewertungsansätze im EBM erfolgt, um die betriebswirtschaftliche Kalkulation der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen an veränderte Kostenstrukturen anzupassen. Auch diese Anpassung erfolgte auf der Grundlage des Standardbewertungssystems. Dabei wurden der kalkulatorische Arztlohn von 105.000 Euro auf 117.000 Euro angehoben, auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes die Praxiskosten aktualisiert und die Zeiten, die Ärzte im Schnitt für eine Behandlung oder Untersuchung benötigen und die ebenfalls in die Leistungsbewertung einfließen, angepasst. Die EBM Punktzahlen für Einzelpositionen basieren daher auf kalkulierten Bewertungen, die durch die Bildung von Pauschalen nicht beeinflusst worden sind. Die Vereinbarung bzw.

Festsetzung eines eigenständigen Vergütungssystems für pharmazeutische Dienstleistungen war deswegen schon aus Gründen einer möglichst vergleichbaren Vergütung vergleichbarer Leistungen abzulehnen.

Die von Seiten des DAV wegen der Einbindung privat versicherter Patienten hilfsweise beantragte Festsetzung der Vergütung allein oder primär auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) war ebenfalls abzulehnen. § 129 SGB V regelt die Leistungserbringung durch Apotheken im Sachleistungssystem der GKV. Die in § 129 Abs. 5e S. 4 SGB V für den Vertragsabschluss vorgeschriebene Herstellung des Benehmens mit dem Verband der privaten Krankenversicherten (PKV) ändert daran nichts. Es kann dahingestellt bleiben, ob auf der Grundlage dieser Benehmensherstellung für einen Vertragsanschluss eine ausreichende Rechtsgrundlage dafür besteht, pharmazeutische Dienstleistungen für privatversicherte Patienten in der Leistungsabrechnung und Vergütung mit GKV-Versicherten vertraglich gleichzustellen. Aus dieser vertraglich in Anlage 11 vereinbarten Gleichstellung kann jedenfalls kein Anspruch darauf hergeleitet werden, die Bewertung insgesamt auf der Grundlage der GOÄ vorzunehmen, obwohl 90 % der Versicherten sozialversichert sind. Die Vereinbarung eines einheitlichen Abrechnungsweges und einer einheitlichen Vergütung begründet jedenfalls keinen Anspruch auf eine Abkehr von einer Vergütungsregelung, die sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen genügt. Die Bewertung der Grundleistungen in der GOÄ basiert auf der 4. ÄndVO v. 18.12.1995. Die damals erfolgten, auf Grundleistungen begrenzten Änderungen der GOÄ erfolgten durch eine prozentuale Anhebung der bestehenden Bewertungen um 48 % ohne kalkulatorische Bewertung. Die ursprünglichen Bewertungen gehen auf die E-AdGO zurück, die Grundlage der am 01.01.1983 in Kraft getretenen Erstfassung der GOÄ war. Die GOÄ bietet daher auch inhaltlich keine tragfähige Grundlage für die Vergütung der nach § 129 Abs. 5e S. 4 SGBV eingeführten zu Lasten der GKV zu erbringenden pharmazeutischen Dienstleistungen, sondern allenfalls eine gewisse zusätzliche Orientierungshilfe.

Eine Bewertung pharmazeutischer Dienstleistungen auf der Grundlage der Systematik des EBM muss im Ansatz auf der Bewertung von Gesprächsleistungen im EBM vorgenommen werden, weil die pharmazeutische Dienstleistung gegenüber dem Versicherten im Wesentlichen eine Beratung beinhaltet. Im EBM stehen als Grundlage für einen Bewertungsabgriff zwei Positionen zur Verfügung

- a) EBM 2005: 03120 Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Dauer mindestens 10 Mn.), je vollendete 10 Mn. AL

150 Punkte

Beratungen bis zu 10 Mn waren im nach Altersgruppen gestaffelten Ordinationskomplex (03110-03112) fakultativ enthalten, die TL war für den Ordinationskomplex auf das Quartal bezogen berechnet.

Im EBM 2022 ist dieselbe Leistung mit 154 Punkten und aufgrund des Orientierungspunktwertes mit 17,35 Euro bewertet.

- b) EBM 2014/2015: 03230 problemorientiertes ärztliches Gespräch: (Dauer mindestens 10 Mn.), je vollendete 10 Mn, ggf. einschließlich Beratung, auch als Videosprechstunde

90 Punkte

Im EBM 2022 ist diese Leistung mit 128 Punkten und aufgrund des Orientierungspunktes mit 14,42 bewertet.

Der bis 2021 im EBM enthaltene Konsultationskomplex (03115) für weitere persönliche oder andere Arzt-Patient-Kontakte mit einer Kalkulationszeit von 2 Minuten (AL) und einer Bewertung mit 35 Punkten zeigt, dass aus der mindestens 10 Minuten umfassenden Beratungsgebühr (hier 03120) auch Kalkulationen für geringere Beratungszeiten abgeleitet werden können.

Die von Seiten des DAV auf der vorstehenden Grundlage der EBM-Position 03120 geforderten Bewertung der pharmazeutischen Beratungsminute mit 1,73 Euro konnte nicht übernommen werden, da diese Position eine höchstpersönlich vom Arzt zu führende längere Beratung unter Ausschluss telefonischer oder über Videotechnik geführter Kontaktmöglichkeiten voraussetzt, die in den Anträgen des DAV aber als zulässige Varianten der Gesprächsführung aufgeführt werden.

Der Schiedsspruch orientiert sich deswegen an der EBM Position 03230, problemorientiertes ärztliches Gespräch, mit einem für die ärztliche Beratung auf dieser Grundlage angenommenen Ansatz von 1,44 Euro pro Minute, wobei diese Bewertung nicht nur AL beinhaltet, sondern auch Gemeinkosten abgilt.

In die Bewertung pharmazeutischer Dienstleistungen mussten jedoch auch die Unterschiede in der Höhe des kalkulatorischen Unternehmer- /Arbeitslohns zwischen Arzt und Apotheke Eingang finden. Insoweit konnte nicht der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes gefolgt werden, wonach auf das durchschnittliche Jahresgehalt des in einer Apotheke angestellten Apothekers abgestellt werden sollte. Vielmehr wurde als Vergleichsmaßstab zu einem im Krankenhaus angestellten Oberarzt ein Krankenhausapotheker mit einem kalkulatorischen Arbeitslohn von ca. 90.000 Euro herangezogen. Unter Berücksichtigung der Unschärfen dieser Vergleichsbetrachtung bei niedergelassenen Apotheken resultiert daraus ein als angemessen anzusehender Abschlag von ca. 20 % auf den Minutenlohn eines ärztlichen Beratungsgesprächs bei der Kalkulation der von einem Apotheker durchgeführten pharmazeutischen Dienstleistungen, d. h. unter Beachtung auch der Preisentwicklung ein Ansatz von 1,17 Euro pro Minute im Juni 2022. In diesem Ansatz sind anteilmäßig auch der Apotheke entstehende Gemeinkosten abgegolten.

Da die in den Anhängen geregelten pharmazeutischen Dienstleistungen in unterschiedlichem Umfang die Leistungserbringung durch qualifiziertes oder geschultes Personal der Apotheke vorsehen, was qualitativ auch zulässig ist, musste für die delegierbaren Leistungen eine Reduzierung der Vergütungen entsprechender Leistungsanteile auf 60 % der in den Anhängen festgesetzten Vergütungen erfolgen.

Grundsätzlich muss zur Begründung der in den Anhängen festgelegten Vergütungen festgestellt werden, dass sie einen Einstieg in ein den Apotheken durch den Gesetzgeber eröffnetes neues Tätigkeitsfeld beinhalten, das nach Zielsetzung und Begründung des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken durch die Einführung und Vergütung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen die Vor-Ort-Apotheken gezielt fördern und in ihrer wichtigen Funktion für die qualifizierte Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten stärken soll (BT-Drs. 19/21732 zu A. Problem und Ziel), in seiner Belastung für die Krankenkassen durch die gesetzliche Vorgabe (s. o.) eines maximal verfügbaren Ausschüttungsbetrages aber bis zum 31.12.2023 begrenzt ist. § 9 von Anhang 11 des Rahmenvertrages sieht wegen dieses erst beginnenden Prozesses der Einführung pharmazeutischer Dienstleistungen einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Vertragspartner und bei neuen Erkenntnissen eine schnelle Anpassungsmöglichkeit auch für die bereits festgelegten pharmazeutischen Dienstleistungen und die Einführung weiterer oder die Streichung bestehender pharmazeutischer Dienstleistungen vor.

Auf der vorstehenden Grundlage ergeben sich für die in den Anhängen geregelten pharmazeutischen Dienstleistungen folgende Vergütungen:

► **Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation**

Aufgrund internationaler Leitlinien und dem in Deutschland entwickelten und in der Erprobung befindlichen Armin-Modellprojekt wird als Voraussetzung für die Leistungserbringung von einer zu analysierenden Mindestmenge von fünf Arzneimitteln ausgegangen. Die Vergütung wurde in § 6 mit 90 Euro festgesetzt. Zugrunde gelegt wurde ein zeitlicher Aufwand von 80 Minuten, von denen 5 – 10 Minuten mit einem Vergütungsanteil von 60 % der Hilfestellung durch qualifiziertes Personal zugerechnet wurden. Die Zeitdauer von 80 Minuten basiert auf der Annahme, dass der Apotheker bei einer Mindestmenge von fünf zu analysierenden Arzneimitteln deren Wirkstoffe und ihre Wechselwirkungen zu analysieren hat und sich wegen der Verordnung von Kombinationspräparaten daraus in den meisten Fällen eine deutlich höhere Anzahl an zu analysierenden Wirkstoffen ergibt. Die Prüfung der von einem Patienten der Apotheke einzureichenden Unterlagen, die daraus erfolgte Arzneimittelerfassung mittels Brown-Bag-Review und die anschließende pharmazeutische Arzneimitteltherapiesicherheits-Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme (ABP) durch

einen Apotheker mit anschließender Entwicklung bzw. Anpassung einer Medikationsplanung sind sehr zeitaufwendig. Sollte sich dieser Zeitaufwand durch den Einsatz computergestützter Auswertungen oder durch eine erweiterte Einbeziehung qualifizierter Mitarbeiter systematisiert reduzieren lassen, wäre der festgesetzte Preis neu zu verhandeln.

Für die mit Zustimmung des Patienten vorgesehene Erstellung eines Berichtes für den behandelnden Arzt könnte die EBM-Position 1600 angesetzt werden.

► **Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten**

Aufgrund vorgetragener Beispiele geht der Schiedsspruch trotz eingeschränkter Ausrichtung der Medikationsanalyse auf ein bestimmtes, aber schwerwiegendes Krankheitsbild von einem vergleichbaren Aufwand wie bei einer erweiterten Medikationsanalyse aus und setzt deswegen die gleiche Vergütung in Höhe von 90,00 Euro fest.

Die Vergütung der erneuten auf die ambulante immunsuppressive Therapie zugeschnittene Beratung in Form eines semistrukturierten Gesprächs wird in Höhe von 17,55 Euro festgesetzt. Dabei wird ein Zeitaufwand von ca. 15 Minuten angenommen.

► **Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie**

Die Entscheidung zur Vergütung und deren Begründung entspricht derjenigen zum Anhang Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten.

► **Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik**

Das Inhalationstraining ist auf der Grundlage einer Dauer von ca. 25 Minuten mit 20,00 € bewertet worden, wobei davon ausgegangen worden ist, dass ein Anteil von 80 % der Leistungserbringung auf PTA und 20 % auf Apotheker entfallen.

► **Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck**

Die standardisierte Risikoerfassung ist auf der Grundlage einer Dauer von ca. 14 Minuten mit 11,20 € bewertet worden, wobei davon ausgegangen worden ist, dass ein Anteil von 80 % auf PTA oder vom Apotheker entsprechend geschultes Apothekenpersonal und 20 % auf Apotheker entfallen. Die Dauer der Leistungserbringung resultiert aus der dreifach mit Zeitabständen durchgeführten Blutdruckmessung, der ordnungsgemäßen Dokumentation und Auswertung und der jeweiligen Information des Patienten, sowie ggf. seiner Beratung. Ein nochmaliger Abzug vom Vergütungsanteil wegen der Einsatzfähigkeit von Apothekenpersonal ohne Ausbildungsabschluss als PTA ist nicht erfolgt, da die Verantwortung des Apothekers für deren Schulung und Einsatz in der Blutdruckmessung entsprechend größer ist.

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Schiedsspruch kann mit einer Klage angefochten werden.

Die Klage ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Schiedsspruchs beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 – 6, 14482 Potsdam, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle zu erheben.

Die Klage muss innerhalb der Monatsfrist bei dem vorgenannten Gericht eingehen. Sie soll den angefochtenen Verwaltungsakt bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Klage dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Dem Klageschriftsatz und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- ▶ entweder von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist *und* über das elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird

oder

- ▶ von der verantwortenden Person signiert *und* auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformen und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung – ERVV). Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Vorbereitende Schriftsätze und deren Anlagen sowie schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht.

gez. Dr. Hess

Dr. Rainer Hess

Vorsitzender der Gemeinsamen Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V