

D
Berufsvertretung
Berufsgerichtsbarkeit
Wohlfahrtseinrichtungen

D

Satzung des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts

gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesapothekerkammer Hessen vom 14. März 2007, genehmigt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 27. März 2007, veröffentlicht in der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 15/2007, S. 1375 ff. und in der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 15/2007, S. 1735 ff., zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesapothekerkammer Hessen am 30. November 2021, zuletzt genehmigt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 21. Juni 2022, veröffentlicht in der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 30/2022, S. 70-72 und in der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 30/2022, S. 69.

§ 1

Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben

- (1) Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Landesapothekerkammer Hessen (Kammer), Körperschaft des öffentlichen Rechts, und führt ein Dienstsiegel. Es hat seinen Sitz in Frankfurt am Main.
- (2) Das Versorgungswerk kann im Rechtsverkehr unter seinem eigenen Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Das Vermögen der Kammer haftet nicht für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.
- (3) Das Versorgungswerk wird durch einen Ausschuss geleitet (Leitender Ausschuss).
- (4) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, seinen Mitgliedern und deren Familienangehörigen Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.

§ 2

Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Versorgungswerkes erfolgen durch Veröffentlichungen in der Pharmazeutischen Zeitung und der Deutschen Apotheker Zeitung.

§ 3

Mitwirkungspflichten

- (1) Die Mitglieder sind verpflichtet, alle Änderungen, die die Mitgliedschaft oder die Beitragsentrichtung beeinflussenden Verhältnisse dem Versorgungswerk unverzüglich mitzuteilen. Das Versorgungswerk kann von Mitgliedern und sonstigen Leistungsberechtigten die Auskünfte und Nachweise verlangen, die für die Feststellung der Mitgliedschaft sowie Art und Umfang der Beitragspflicht und der Versorgungsleistungen erforderlich sind, insbesondere ist das Versorgungswerk berechtigt, in angemessenen Abständen Lebendbescheinigungen zu verlangen und die persönlichen Daten des Mitglieds oder Versorgungsbezugsempfängers zu überprüfen. Reicht das Mitglied die erforderlichen Unterlagen nicht in

Seite 2

einer angemessenen Frist beim Versorgungswerk ein, so ist das Versorgungswerk berechtigt die Leistung einzustellen oder abzulehnen.

(2) Das Versorgungswerk kann die Angaben und Nachweise überprüfen und erforderlichenfalls weitere Unterlagen verlangen oder eigene Ermittlungen anstellen.

(3) Für Leistungsberechtigte nach § 29, die keine Mitglieder im Versorgungswerk sind, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 4

Organe des Versorgungswerkes

Organe des Versorgungswerkes sind die Delegiertenversammlung und der Leitende Ausschuss.

§ 5

Delegiertenversammlung

(1) Die Delegiertenversammlung beschließt über

1. die Satzung des Versorgungswerkes mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der gesetzlichen Mitglieder,
2. die Wahl, die Abberufung und die Entlastung der Mitglieder des Leitenden Ausschusses,
3. die Geschäftsordnung des Versorgungswerkes,
4. die Haushalts- und Kassenordnung des Versorgungswerkes,
5. die Kostensatzung des Versorgungswerkes,
6. Leistungsänderungen, insbesondere die Anpassung laufender Renten und der Rentenwerte gemäß § 28a,
7. die Bestellung des Wirtschaftsprüfers,
8. die Bestellung des versicherungsmathematischen Sachverständigen,
9. die Feststellung des Jahresabschlusses,
10. den Haushaltsplan des Versorgungswerkes,
11. die Richtlinien für die Kapitalanlagen,
12. den technischen Geschäftsplan,
13. die Auflösung des Versorgungswerkes mit einer Mehrheit von drei Vierteln der gesetzlichen Mitglieder. Hierzu ist die Delegiertenversammlung mit einer Frist von mindestens acht Wochen zu laden.

(2) Die Beschlussfassungen zu Abs. 1 Nr. 1, 6, 11, 12, 13 bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

§ 6

Leitender Ausschuss

(1) Der Leitende Ausschuss besteht aus dem vorsitzenden Mitglied, dem stellvertretenden vorsitzende Mitglied und drei weiteren Mitgliedern. Die Mitglieder müssen dem Versorgungswerk angehören. Der Leitende Ausschuss wird für die Dauer von fünf Jahren gewählt. Er bleibt solange im Amt, bis ein neuer Ausschuss gewählt ist.

(2) Die Delegiertenversammlung wählt das vorsitzende Mitglied, das stellvertretende vorsitzende Mitglied und die drei weiteren Mitglieder in getrennten Wahlgängen für die Dauer von fünf Jahren. Das vorsitzende Mitglied und das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Vorstandes der Kammer können nicht vorsitzendes oder stellvertretendes vor-

sitzendes Mitglied des Leitenden Ausschusses sein. Soweit das vorsitzende oder das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses zum vorsitzenden oder stellvertretenden vorsitzenden Mitglied des Vorstandes der Kammer gewählt wird und dieses Amt annimmt, endet seine Mitgliedschaft im Leitenden Ausschuss. Eine Wahl zum weiteren Mitglied in den Leitenden Ausschuss ist möglich. Die Mitglieder des Leitenden Ausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus, ihnen kann eine angemessene Aufwandsentschädigung sowie eine Reisekostenvergütung gewährt werden. Soweit für die Tätigkeiten Aufwandsentschädigungen gezahlt werden, bedürfen dieser der Beschlussfassung durch die Delegiertenversammlung.

(3) Der Leitende Ausschuss ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.

(4) Der Leitende Ausschuss leitet das Versorgungswerk. Er ist für die Durchführung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung verantwortlich. Insbesondere hat er folgende Aufgaben:

1. die Vorlage der Richtlinien für die Kapitalanlage,
2. die Überwachung der Geschäftsführung und der Kapitalanlagen,
3. die Beschlussfassung über die Vorlage des Haushaltsplanes und des Jahresabschlusses an die Delegiertenversammlung,
4. den Wirtschaftsprüfer vorzuschlagen,
5. den versicherungsmathematischen Sachverständigen vorzuschlagen,
6. Änderungen des technischen Geschäftsplanes vorzuschlagen,
7. der Delegiertenversammlung Vorlagen im Rahmen des Satzungsrechtes zu erstellen,
8. die Entscheidung über Widersprüche gegen Bescheide des Versorgungswerkes,
9. Vorschläge zu Leistungsänderungen, insbesondere zu Anpassungen laufender Renten und der Rentenwerte gemäß § 28a.

(5) Der Leitende Ausschuss hat einen Geschäftsführer sowie einen stellvertretenden Geschäftsführer zu bestellen.

§ 7

Geschäftsführung

(1) Die Geschäftsführung besteht aus dem Geschäftsführer sowie dem stellvertretenden Geschäftsführer. Der Geschäftsführer ist Dienstvorgesetzter aller Mitarbeiter des Versorgungswerkes. Der Leitende Ausschuss kann im Zusammenwirken mit dem Vorstand der Landesapothekerkammer Hessen einen gemeinsamen Hauptgeschäftsführer benennen. Dieser ist dann Geschäftsführer im Sinne des Satz 1. Sein Stellvertreter führt die Dienstbezeichnung Geschäftsführer.

(2) Die Geschäftsführung führt die laufenden Geschäfte des Versorgungswerkes und ist dem Leitenden Ausschuss verantwortlich. Zu den laufenden Geschäften gehören insbesondere:

1. die Bearbeitung der Verwaltungsverfahren einschließlich der Widerspruchsverfahren, wobei die Entscheidung über den Widerspruch dem Leitenden Ausschuss vorbehalten bleibt,
2. die Vorbereitung und Protokollierung der Sitzungen des Leitenden Ausschusses,
3. die Durchführung der Beschlüsse des Leitenden Ausschusses,
4. die termingerechte Aufstellung des Haushaltsplanes für das Folgejahr,
5. die termingerechte Erstellung des Jahresabschlusses und des Geschäftsberichtes für das vorangegangene Jahr,

Seite 4

6. die ordnungsgemäße Abwicklung aller Beiträge, Renten, Forderungen und Verbindlichkeiten einschließlich der Kassenführung im Rahmen des Haushaltsplanes sowie der Buchhaltung,
7. die laufende Verbindung zu anderen Institutionen, Verbänden und Einrichtungen im wirtschaftlichen Bereich und im öffentlichen Leben, soweit sie für das Versorgungswerk von Interesse sind,
8. alle das Versorgungswerk betreffenden nationalen und internationalen Vorgänge im öffentlichen Leben und im wirtschaftlichen Bereich,
9. die laufende Überwachung der Kapitalanlagen und die Direktanlage,
10. die Datenverarbeitung.

(3) Der Geschäftsführer hat dem Leitenden Ausschuss regelmäßig über die Tätigkeit und Maßnahmen der Geschäftsführung, die Finanzlage und die sonstigen wesentlichen Ereignisse im Versorgungswerk zu berichten.

§ 8

Vertretung des Versorgungswerkes

(1) Das vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, vertritt das Versorgungswerk gerichtlich und außergerichtlich. Die Mitglieder der Geschäftsführung können einzeln zur gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung des Versorgungswerkes bevollmächtigt werden. Die Vollmacht ist durch das vorsitzende Mitglied und das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses schriftlich zu erteilen.

(2) Erklärungen, die das Versorgungswerk vermögensrechtlich verpflichten, müssen, soweit es sich nicht um laufende Geschäfte handelt, vom vorsitzenden Mitglied des Leitenden Ausschusses oder dessen Stellvertreter und vom Geschäftsführer oder dessen Stellvertreter schriftlich abgegeben werden.

§ 9

Geschäftsjahr, Haushaltsplan

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Für jedes Geschäftsjahr ist ein Haushaltsplan nach der Haushalts- und Kassenordnung des Versorgungswerkes zu erstellen.

(3) Der Haushaltsplan für das folgende Geschäftsjahr ist mindestens vier Wochen vor Ablauf des laufenden Geschäftsjahres der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

§ 10

Rechnungslegung

(1) Für das abgelaufene Geschäftsjahr ist ein Geschäftsbericht zu erstellen. Dieser enthält neben einem Lagebericht den Jahresabschluss mit Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang.

(2) Es ist ein versicherungsmathematischer Sachverständiger zu beauftragen. Dieser hat zum Stichtag des Jahresabschlusses die zu seinem Aufgabengebiet gehörenden Untersuchungen durchzuführen und über die Ergebnisse ein Gutachten vorzulegen. Dieses hat die für den Jahresabschluss erforderlichen versicherungstechnischen Rückstellungen zu enthalten.

(3) Weist die Gewinn- und Verlustrechnung einen Überschuss aus, so wird mindestens die Hälfte dieses Überschusses der Sicherheitsrücklage zugeführt, bis diese den Betrag von sechs vom Hundert der versicherungstechnischen Rückstellungen, ohne Berücksichtigung der Zinszusatzreserve, erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Ein darüber hinaus verbleibender Überschuss wird der Überschussrücklage zugeführt.

(4) Eine Verfügung über die Überschussrücklage ist nur zur Deckung eines Fehlbetrags nach Abs. 5, der Aktualisierung der versicherungsmathematischen Rechnungsgrundlagen, der Auffüllung der Sicherheitsrücklage nach Abs. 3 oder zur Verbesserung oder Erweiterung der Versorgungsleistungen zulässig. Der Verfügungsvorschlag ist durch den versicherungsmathematischen Sachverständigen zu begründen und der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

(5) Weist die Gewinn- und Verlustrechnung einen Fehlbetrag aus, so wird zu seiner Deckung zunächst die Überschussrücklage und, falls diese nicht ausreicht, die Sicherheitsrücklage in Anspruch genommen. Ein danach verbleibender Fehlbetrag wird in der Bilanz als Verlust ausgewiesen. Zu diesem Verlust haben der versicherungsmathematische Sachverständige im Hinblick auf etwaige Auswirkungen auf die den Mitgliedern zustehenden Leistungen und der Wirtschaftsprüfer im Hinblick auf die Vermögenslage des Versorgungswerkes Stellung zu nehmen.

(6) Der Jahresabschluss und der Lagebericht sind durch einen Wirtschaftsprüfer zu prüfen.

(7) Der Geschäftsbericht, das versicherungsmathematische Gutachten und der Wirtschaftsprüferbericht sind so rechtzeitig zu erstellen, dass sie der Delegiertenversammlung bis spätestens 30. Juni des Folgejahres zur Beschlussfassung zur Feststellung des Jahresabschlusses vorgelegt werden können.

§ 11

Aufbringung und Verwendung der Mittel

(1) Die Mittel des Versorgungswerkes werden durch Beiträge seiner Mitglieder und durch Vermögenserträge aufgebracht.

(2) Die aufgebrachten Mittel dürfen nur verwendet werden zur

1. Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen,
2. Deckung der Verwaltungskosten,
3. Bildung der Rückstellungen und Rücklagen, und zwar
 - a) der versicherungstechnischen Rückstellungen,
 - b) der Sicherheitsrücklage,
 - c) der Überschussrücklage,
 - d) der Rücklage für Rehabilitation.

§ 12

Mitglieder kraft Satzung

(1) Mitglieder des Versorgungswerkes sind alle Kammerangehörigen, die ihren Beruf in Hessen ausüben oder die sich in der praktischen pharmazeutischen Ausbildung nach der Approbationsordnung für Apotheker befinden, soweit sie bei Inkrafttreten dieser Satzung das 65. Lebensjahr oder zum Zeitpunkt der Berufsaufnahme in Hessen das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder nicht durch diese Satzung von der Mitgliedschaft ausgenommen sind. Kammerangehörige, die vor dem 01.01.2012 nicht Mitglied des Versor-

gungswerkes wurden, weil sie zum Zeitpunkt der Berufsaufnahme in Hessen bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatten, bleiben von der Mitgliedschaft ausgenommen.

(2) Ein Mitglied, das bei Eintritt in das Versorgungswerk bereits berufsunfähig ist, ist zur Beitragszahlung weder berechtigt noch verpflichtet und hat keinen Anspruch auf Leistungen aus dem Versorgungswerk, solange die Berufsunfähigkeit andauert. Etwaige Beiträge, soweit sie vom Mitglied selbst entrichtet worden sind, werden zinslos erstattet.

§ 13

Ausnahmen von der Mitgliedschaft

(1) Kammermitglieder, die bei Inkrafttreten der Satzung aufgrund von früheren Satzungsbestimmungen von der Pflichtmitgliedschaft befreit oder ausgenommen sind, bleiben bis zum Wegfall des jeweiligen Grundes weiterhin von der Mitgliedschaft ausgenommen. Dies gilt auch für Kammermitglieder, die von einem anderen berufsständischen Versorgungswerk von der Mitgliedschaft befreit oder ausgenommen wurden, sofern der Grund für diese Befreiung nicht entfallen ist.

(2) Von der Pflichtmitgliedschaft ist ausgenommen, wer ab Beginn der Mitgliedschaft nach § 12 dieser Satzung nicht mehr als drei Monate seine pharmazeutische Tätigkeit im Kammerbereich ausübt und während dieser Zeit weiterhin Mitglied eines anderen Apothekerversorgungswerkes ist und an dieses Pflichtbeiträge aus seinem gesamten pharmazeutischen Einkommen entrichtet. Wird diese vorübergehende Tätigkeit nicht nach drei Monaten beendet, so beginnt die Pflichtmitgliedschaft ab dem Anfang des vierten Monats.

(3) Von der Mitgliedschaft kraft Satzung sind darüber hinaus Kammerangehörige ausgenommen, die als Beamte auf Lebenszeit, auf Zeit oder zur Probe des Bundes, des Landes, der Gemeinden oder einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts tätig oder Sanitätsoffiziere als Berufs- oder Zeitsoldaten sind.

(4) Entfällt der Grund, der zur Ausnahme von der Mitgliedschaft geführt hat, wird der Kammerangehörige ab diesem Zeitpunkt Mitglied entsprechend der Satzung.

(5) Auf schriftlichen Antrag werden von der Mitgliedschaft befreit:

1. Kammerangehörige, die aufgrund einer durch Gesetz oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung, gleichzeitig aufgrund pharmazeutischer Tätigkeit, Pflichtmitglieder einer anderen Apothekerversorgung sind und diese Pflichtbeiträge aus ihrem gesamten pharmazeutischen Einkommen entrichten.
2. Kammerangehörige, die bei Begründung der Pflichtmitgliedschaft das 60. Lebensjahr vollendet haben.

(6) Befreiungsanträge nach Abs. 5 sind schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Entstehen des Befreiungsgrundes unter Beifügung der erforderlichen Nachweise beim Versorgungswerk einzureichen.

(7) Die Befreiung wird wirksam ab dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen eingetreten waren, sofern die Frist gemäß Abs. 6 eingehalten wurde, anderenfalls ab dem ersten Kalendertag des Monats, der auf den Eingang des Antrages beim Versorgungswerk folgt.

(8) Die Befreiung endet mit dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen entfallen sind.

(9) Mitglieder der Landesapothekerkammer Hessen, die von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk befreit wurden, haben jede Änderung der für die Befreiung maßgeblichen Verhältnisse dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen.

§ 14

Befreiung von der Beitragspflicht

(1) Nicht pharmazeutisch tätige Mitglieder oder angestellte Mitglieder des Versorgungswerkes, bei denen für die ausgeübte Tätigkeit die Bestimmungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI i.V.m. § 6 Abs. 5 SGB VI keine Anwendung finden, sind beitragsfrei.

(2) Von der Beitragspflicht sind befreit:

1. Kammerangehörige, die im Angestelltenverhältnis tätig sind, für die Zeit des Mutterschutzes und für die gesetzlich eingeräumte Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz.
2. Kammerangehörige, auf deren Beschäftigung die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 SGB VI anwendbar sind und die auf die Versicherungspflicht verzichtet haben.

(3) Die Nachweise gemäß Abs. 2 sind unaufgefordert und unverzüglich dem Versorgungswerk zu übermitteln.

(4) Die Befreiung wird ab dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Voraussetzungen eingetreten sind. Sie endet mit dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen entfallen sind. § 13 Abs. 7 gilt entsprechend.

§ 15

Freiwillige Mitgliedschaft

(1) Mitglieder kraft Satzung scheiden aus dem Versorgungswerk aus, sobald sie der Landesapothekerkammer Hessen nicht mehr als Pflichtmitglied angehören. Sie sind jedoch berechtigt, mit schriftlichem Antrag die Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

(2) Die Fortsetzung der Mitgliedschaft ist ausgeschlossen, wenn eine Pflichtmitgliedschaft oder Pflichtversicherung bei einer anderen öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung, einer anderen Versorgungseinrichtung im Sinne der Verordnung (EG) 883/2004 in der jeweils geltenden Fassung oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht oder das Mitglied in ein Beamtenverhältnis berufen wird.

(3) Der Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft muss spätestens nach drei Monaten ab Beendigung der Pflichtmitgliedschaft beim Versorgungswerk eingegangen sein. Für Beitragszahlungen nach § 20 Abs. 2 ist eine gesonderte Antragstellung nicht erforderlich.

(4) Die freiwillige Mitgliedschaft endet:

1. falls die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft kraft Satzung eintreten,
2. mit Eintritt des Leistungsbezuges,
3. durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes oder des Versorgungswerkes unter den Voraussetzungen von Abs. 5,
4. sobald eine der Voraussetzungen i.S.d. Abs. 2 eingetreten ist.

(5) Die Erklärung nach Abs. 4 Nr. 3 ist durch Einschreiben vorzunehmen und wird wirksam mit einer Frist von sechs Wochen zum jeweiligen Quartalsende. Das Versorgungswerk ist berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft zu kündigen, wenn das Mitglied seine satzungsgemäßen Mitwirkungspflichten i.S.d. § 3 oder seine Beitragsverpflichtungen nicht erfüllt. Vor Ausspruch einer Kündigung ist das Mitglied mit einer Frist von mindestens zwei Wochen schriftlich zu mahnen, seine satzungsgemäßen Pflichten zu erfüllen.

(6) Änderungen der für die freiwillige Mitgliedschaft maßgeblichen Verhältnisse sind dem Versorgungswerk durch das Mitglied unverzüglich anzuzeigen.

§ 16

Rechte ausgeschiedener Mitglieder

(1) Endet die Mitgliedschaft im Versorgungswerk, so bleibt die Anwartschaft auf Versorgung nach den §§ 23 ff. dieser Satzung erhalten, es sei denn, dass die für ein Mitglied entrichteten Beiträge nach § 17 der Satzung an eine andere Versorgungseinrichtung überleitet wurden.

(2) Entsteht erneut Pflichtmitgliedschaft, verbleibt es bei den Ansprüchen aus der beendeten Mitgliedschaft; sie treten zu den Ansprüchen aus der erneuten Mitgliedschaft.

§ 17

Überleitung

(1) Nach Ende der Mitgliedschaft im Versorgungswerk können ehemalige Mitglieder die Überleitung der geleisteten Pflicht- und freiwilligen Beiträge ohne Zinsen an eine andere Versorgungseinrichtung für Apotheker, in der es Pflichtmitglied wird, unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 5 beantragen.

(2) Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich mit einer Frist von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit im Bereich der aufnehmenden Versorgungseinrichtung bei dieser zu stellen.

(3) Eine Überleitung ist insbesondere ausgeschlossen, wenn

1. das Mitglied bereits eine Mitgliedschaftszeit von mehr als 60 Monaten bei dem Versorgungswerk zurückgelegt hat,
2. Ansprüche des Mitglieds ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet sind,
3. das Mitglied zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat oder schon berufsunfähig war,
4. der Versorgungsfall eingetreten ist oder
5. ein Versorgungsausgleichsverfahren eingeleitet oder abgeschlossen ist.

(4) Das Versorgungswerk nimmt bei bestehendem Überleitungsabkommen Beiträge entgegen, die auf Antrag des Mitgliedes von einem anderen Apothekerversorgungswerk übergeleitet werden, die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. Durch die Übertragung der Beiträge werden Anwartschaften in der Weise begründet, als wären die übertragenen Beiträge dem Versorgungswerk zu dem Zeitpunkt zugegangen, wie sie an das abgebende Versorgungswerk entrichtet wurden.

(5) Besteht kein Überleitungsabkommen, ist eine Einzelvereinbarung zwischen den Versorgungsträgern erforderlich. Als Versorgungsträger können auch sonstige internationale und supranationale Einrichtungen anerkannt werden. Das Versorgungswerk ist in den Fällen, bei denen kein Überleitungsabkommen besteht, nur verpflichtet, Beiträge überzuleiten oder entgegenzunehmen, wenn die Übertragung zu den zwischen den Versorgungswerken üblichen Bedingungen erfolgt.

§ 18

Nachversicherung

(1) Nachversichert werden können Kammerangehörige, die aus einer versicherungsfreien Beschäftigung gemäß §§ 5 und 6 SGB VI ausscheiden und die innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden Mitglieder kraft Satzung gemäß § 12 werden oder die während der versicherungsfreien Beschäftigung bis zum Ausscheiden Mitglieder kraft Satzung waren. Auf Antrag des Nachzuversichernden hat der Arbeitgeber die Beiträge, die an die Deutsche

Rentenversicherung zu entrichten wären, mit befreiender Wirkung an das Versorgungswerk zu zahlen und die in § 186 SGB VI genannten Bescheinigungen zu übersenden.

(2) Der Antrag nach Abs. 1 Satz 2 ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden zu stellen. Ist das nachzuversichernde Mitglied verstorben, so steht das Antragsrecht dem überlebenden Ehegatten zu. Ist dieser nicht vorhanden, so können alle Waisen gemeinsam und, wenn auch keine Waisen vorhanden sind, jeder frühere Ehepartner den Antrag stellen.

(3) Grund, Art und Höhe der Leistungen richten sich nach den Vorschriften der Satzung. Für die Verrentung der Nachversicherungsbeiträge ist das in der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 definierte Alter maßgeblich, welches das Mitglied bei Erstellung der Nachversicherungsberechnung erreicht hat. Etwaige in der Nachversicherungszeit an das Versorgungswerk bereits entrichtete Beiträge gelten als Beiträge zur zusätzlichen Höherversicherung. Die Bestimmungen des § 21 Abs. 2 sind zu beachten.

(4) Der Eintritt des Versorgungsfalles bei einem Mitglied steht der Nachversicherung nicht entgegen. Im Übrigen findet der § 8 Abs. 2 SGB VI entsprechende Anwendung.

§ 19

Mitgliedsbeiträge für Selbständige

(1) Apothekenleiter, die aufgrund ihrer Tätigkeit Pflichtmitglied in einer Apothekerkammer sind, zahlen als monatlichen Beitrag den Betrag, der dem jeweiligen Höchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung entspricht.

(2) Nicht als Apothekenleiter freiberuflich pharmazeutisch tätige Mitglieder des Versorgungswerkes, die aufgrund ihrer Tätigkeit Pflichtmitglied in einer Apothekerkammer sind, entrichten Beiträge in Höhe des Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung entsprechend ihrer nachzuweisenden tatsächlichen Einkünfte vor Steuern aus der freiberuflichen pharmazeutischen Tätigkeit, mindestens jedoch in Höhe des jeweiligen Mindestbeitrages aus geringfügiger Tätigkeit entsprechend § 163 Abs. 8 SGB VI. Die Regelungen der Absätze 4 bis 7 sowie des § 20 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Auf Antrag wird gegen Nachweis über die festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit als Apothekenleiter der Beitrag entsprechend dem jeweils geltenden Beitragssatz der Deutschen Rentenversicherung festgesetzt. Der Mindestbeitrag beträgt 2/10 des Beitragssatzes nach Abs. 1. Der Antrag muss beim Versorgungswerk vor Ablauf des Jahres vorliegen, für das die Beitragsreduzierung beantragt wird. Der Antrag auf Beitragsregulierung ist kalenderjährlich neu zu stellen.

(4) Zur vorläufigen Beitragsfestsetzung von Mitgliedern, die einen Antrag nach Abs. 3 gestellt haben, ist dem Antrag der letzte Einkommensteuerbescheid des Mitgliedes oder eine Bescheinigung eines Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe über die festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit des Mitgliedes beizufügen. Für jede hinzutretende Filialapotheke erhöht sich der vorläufige Mindestbeitrag um 2/10 des jeweiligen Höchstbeitrages. Der einzureichende Nachweis darf nicht älter als 30 Monate sein.

(5) Bei Neuaufnahme einer selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit nach Abs. 1 und 2 wird auf Antrag ohne gesonderten Nachweis, längstens für zwei Jahre, der halbe Höchstbeitrag als vorläufiger Beitrag erhoben. Der Antrag auf Beitragsregulierung ist kalenderjährlich neu zu stellen.

(6) Der vorläufige ermäßigte Beitrag gilt frühestens ab dem Monat des Antragseinganges.

(7) Die endgültige Beitragsfestsetzung erfolgt nach Vorlage des Steuerbescheides oder einer Bescheinigung eines Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe über die im Veranlagungszeitraum festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit für den Veranlagungszeitraum, spätestens 15 Monate nach Ablauf des Veranlagungszeitraumes. Liegen dem Versorgungswerk die zur Beitragsfestsetzung erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig vor, wird ein Beitrag in Höhe des jeweiligen Höchstbeitrags in der Deutschen Rentenversicherung festgesetzt.

(8) Sofern ein Insolvenzverfahren eröffnet wurde, beträgt der monatliche Beitrag 2/10 des Betrages nach Abs. 1. Die Beitragszahlung mit schuldbefreiender Wirkung hat durch den Insolvenzverwalter zu erfolgen.

§ 20

Beiträge für Angestellte

(1) Angestellte, die von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, zahlen den Beitrag, den sie ohne diese Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten hätten.

(2) Beiträge in besonderen Fällen:

1. Für Zeiten der Arbeitslosigkeit oder der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme zahlen die Mitglieder, die von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, Beiträge in Höhe der Ansprüche, die ihnen gegen die Bundesagentur für Arbeit oder den zuständigen Träger der Rehabilitation auf Beitragsersatzung zustehen.
2. Mitglieder, bei denen ein vorübergehendes sozialversicherungspflichtiges öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis zur Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder zur Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres oder eines freiwilligen ökologischen Jahres besteht und die von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, leisten Beiträge in der Höhe, die ihnen nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren sind.
3. Mitglieder, bei denen ein vorübergehendes sozialversicherungspflichtiges öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis zur Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder zur Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres oder eines freiwilligen ökologischen Jahres besteht und die nicht von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, leisten Beiträge bis zu 40 vom Hundert des jeweiligen Höchstbeitrages in der Deutschen Rentenversicherung, höchstens jedoch bis zu dem Beitrag, der ihnen nach den gesetzlichen Bestimmungen von dritter Seite zu gewähren ist.
4. Empfänger von Krankengeld oder Versorgungskrankengeld aus der privaten Krankenversicherung entrichten Beiträge in Höhe des halben Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung. Empfänger von Krankengeld oder Versorgungskrankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Empfänger von Verletztengeld oder Pflegeunterstützungsgeld zahlen den Beitrag in Höhe des (vollen) Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung. Die Möglichkeit der Antragstellung nach § 47a SGB V (Krankengeld), § 47a SGB VII (Verletztengeld) oder § 44a SGB XI (Pflegeunterstützungsgeld) bei der zuständigen Krankenkasse oder bei dem zuständigen Träger bleibt hiervon unberührt. Wenn entsprechende Leistungen nach § 47a SGB V, § 47a SGB VII oder § 44a SGB XI an das Versorgungswerk gezahlt werden, hat das Mitglied nur noch Beiträge in Höhe des halben Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung zu entrichten.
5. Mitglieder des Versorgungswerkes, die von der Deutschen Rentenversicherung gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, entrichten für die Zeiten einer häuslichen Pflegetät-

tigkeit im Sinne des § 44 SGB XI die Beiträge, die ihnen durch den zuständigen Träger gewährt werden.

§ 21

Gemeinsame Vorschriften für selbständige und angestellte Mitglieder

(1) Für Mitglieder, die die Mitgliedschaft freiwillig nach dieser Satzung fortsetzen, gelten die Beitragsbestimmungen für Mitglieder kraft Satzung.

(2) Die Mitglieder sind berechtigt, im Kalenderjahr Beiträge bis zur Höhe von 20/10 des Höchstbeitrages zur Deutschen Rentenversicherung aufzustocken.

(3) Die Möglichkeit der freiwilligen Beitragsentrichtung entfällt mit der Beendigung der Mitgliedschaft oder der Antragstellung auf Berufsunfähigkeits- oder Altersrente, spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres.

§ 22

Beitragsentrichtung

(1) Die Beiträge sind monatlich bis zum Ablauf des Fälligkeitsmonats zu entrichten, erstmals für den Monat, in dem der Kammerangehörige Mitglied des Versorgungswerkes wird, letztmals für den Monat, mit dem die Mitgliedschaft endet oder der dem Beginn des Leistungsbezuges vorangeht.

(2) Rückständige Beiträge werden nach den Vorschriften des Hessischen Vollstreckungsgesetzes (HVwVG) angemahnt. Danach wird ab Fälligkeit des Beitrages ein Säumniszuschlag von eins vom Hundert für jeden angefangenen Monat erhoben. Für die qualifizierte Mahnung werden Mahngebühren nach der Vollstreckungskostenordnung zum HVwVG erhoben.

(3) Zahlt das Mitglied trotz Mahnung nicht innerhalb der Nachfrist, ist das Versorgungswerk berechtigt, die rückständigen Beiträge und Säumniszuschläge auf Kosten des Mitglieds nach den Vorschriften des Hessischen Heilberufsgesetzes beizutreiben. Die Kostenpflicht regelt sich nach der Vollstreckungskostenordnung zum HVwVG.

(4) Eingehende Zahlungen werden zunächst auf die Gebühren und Auslagen, auf vom Mitglied verursachte Kosten, dann auf die Säumniszuschläge, Zinsen und zuletzt auf die offenen Beitragsforderungen angerechnet. Das Versorgungswerk kann eine andere Reihenfolge bestimmen; dies ist dem Mitglied mitzuteilen. Stehen bei Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Rentenbeginn noch Nebenforderungen offen und werden diese nach angemessener Zahlungsfristsetzung nicht ausgeglichen, kann das Versorgungswerk diese Forderungen mit den zuletzt entrichteten Beiträgen zu Lasten der Rentenanwartschaft oder der Erstattungsansprüche verrechnen.

(5) Auf Antrag kann eine Stundungs- oder Abzahlungsregelung gewährt werden. Bei Zahlungsfristen, die über drei Monate hinaus vereinbart werden, ist die Beitragsschuld ab Fälligkeit jährlich mit 4 % zu verzinsen. Im begründeten Einzelfall kann die Geschäftsführung zur Vermeidung von außergewöhnlichen Härten auf Antrag Ermäßigung oder Erlass des Beitrages und der Zinsen gewähren.

(6) Beitragsrückstände verjähren innerhalb von vier Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu entrichten sind. Sie wird durch Erlass eines Beitragsbescheides gehemmt.

§ 23

Leistungen

(1) Das Versorgungswerk gewährt seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen folgende Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht:

1. Altersrente,
2. Berufsunfähigkeitsrente oder
3. Hinterbliebenenrente.

Die Leistungen sind aufgeteilt in drei Stammrechte:

- A) Leistungen aufgrund von Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014 (Stammrecht A),
- B) Leistungen aufgrund von Beitragszahlungen vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2018 (Stammrecht B),
- C) Leistungen aufgrund von Beitragszahlungen ab dem 01.01.2019 (Stammrecht C).

(2) Alle Renten werden bis zum 15. des laufenden Monats gezahlt.

(3) Das Versorgungswerk ist berechtigt, zur Überprüfung der Leistungsverpflichtung, die erforderlichen Nachweise anzufordern.

(4) Renten, die einen Monatsbetrag in Anlehnung an § 93 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung des Alterseinkünftegesetzes von 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen, können auf schriftlichen Antrag des Anspruchsberechtigten nach versicherungsmathematischen Grundsätzen abgefunden werden. Mit der Abfindung des Rentenanspruches erlöschen alle Ansprüche gegen das Versorgungswerk.

(5) Können Renten oder sonstige Leistungen wegen der Verletzung einer Mitwirkungspflicht nicht, nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß ausbezahlt werden, entsteht kein Anspruch auf Verzinsung.

(6) Ansprüche auf Leistungen verjähren in fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Für die Hemmung, die Unterbrechung und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend. Die Verjährung wird auch durch schriftlichen Antrag auf die Leistung oder durch Erhebung eines Widerspruchs gehemmt. Die Hemmung endet mit der Bekanntgabe der Entscheidung über den Antrag oder den Widerspruch.

§ 24

Altersrente

(1) Jeder Anspruchsberechtigte erhält eine lebenslänglich zahlbare Altersrente. Mit Rentenbeginn erlischt die Beitragspflicht.

(2) Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente erfolgt ab dem ersten Kalendertag des der Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monats, mithin der Regelaltersgrenze und bemisst sich nach § 28 i.V.m. der Leistungstabelle gemäß Anlage 1. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das berechnete Mitglied verstirbt.

(3) Die Altersrente kann auf schriftlichen Antrag bereits nach Vollendung des 62. Lebensjahres bezogen werden. Die vorgezogene Altersrente beginnt frühestens mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrages auf vorgezogene Altersrente beim Versorgungswerk folgt. Die Höhe der Rente bemisst sich bei Anwartschaften auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 i.V.m. Anlage 2, bei Anwartschaften auf Altersrente aus Versorgungsausgleich nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 5 i.V.m. Anlage 6 sowie dem gültigen Technischen Geschäftsplan. Die Kürzung der Rente nach Anlage 2

bzw. Anlage 6 gilt für die gesamte Dauer des Rentenbezuges und wird nicht durch Erreichen der Altersgrenze nach Abs. 2 aufgehoben.

(4) Erhält ein Mitglied Altersrente nach Abs. 2 oder Abs. 3 und hat das Mitglied vorher eine Berufsunfähigkeitsrente nach § 25 bezogen, werden für die Höhe des Anspruchs auf Leistung die folgenden Beträge ermittelt, wobei die Höhe der Altersrente sich dann nach dem niedrigeren Betrag bemisst:

1. der Summe des letzten Rentenbetrages der beendeten Leistung nach § 25 und des jeweiligen Leistungsanspruches nach Abs. 2 oder 3 auf Basis der nach Ende der Leistung nach § 25 gezahlten Beiträge,
2. der erreichten Rentenanwartschaft vor Einweisung in die Rente nach § 25 zuzüglich des jeweiligen Leistungsanspruches nach Abs. 2 oder 3 auf Basis der nach Ende der Leistung nach § 25 gezahlten Beiträge.

Bei der Ermittlung der Vergleichswerte sind die Abschläge für das Vorziehen der Altersrente nach Anlage 2 der Satzung zu berücksichtigen.

Abs. 4 gilt für die Rentenleistung, die ab dem 01.01.2023 beantragt werden. Für Rentenleistungen, die bis zum 31.12.2022 beantragt werden, gilt § 24 Abs. 4 der Satzung in der bis zum 31.12.2021 gültigen Fassung.

§ 25

Berufsunfähigkeitsrente

(1) Jedes Mitglied des Versorgungswerkes, das mindestens für einen Monat vor Eintritt der Berufsunfähigkeit Pflichtbeiträge gemäß der Satzung geleistet hat, hat Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente. Der Anspruch besteht nur, wenn das Mitglied infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des Apothekerberufes für die Dauer von mindestens sechs aufeinanderfolgenden Monaten unfähig ist und seine pharmazeutische Tätigkeit eingestellt hat. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente beginnt mit dem auf die Einstellung der pharmazeutischen Tätigkeit folgenden Monat, frühestens aber in dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Berufsunfähigkeitsrente beim Versorgungswerk folgt. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt nicht als eingestellt, solange die Apotheke durch einen Vertreter geführt wird oder bei angestellten Apothekern durch den Arbeitgeber die Dienstbezüge weiter gewährt werden. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt auch für die Zeiten als nicht eingestellt, in der das Mitglied Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhält.

(2) Tritt die Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres ein, so errechnet sich die Rente nach Maßgabe der Anlage 4. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ab Vollendung des 60. Lebensjahres bemisst sich die Höhe der Rente nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 i.V.m. Anlage 2.

(3) Die Berufsunfähigkeit, der Zeitpunkt ihres Eintritts und ihre voraussichtliche Dauer werden im Regelfall durch zwei voneinander unabhängige fachärztliche Gutachter festgestellt. Mitglied und Versorgungswerk bestimmen je einen Gutachter, der weder mit dem Mitglied verwandt, verschwägert, verheiratet oder zuvor ärztlich für das Mitglied tätig geworden sein darf. Das Versorgungswerk kann von der Bestimmung eines Gutachters absehen. Bei im Ergebnis abweichender Beurteilung wird der Präsident der Landesärztekammer Hessen gebeten, einen Obergutachter zu benennen, dessen Gutachten für beide Teile verbindlich ist. Das Versorgungswerk trägt die Kosten für das von ihm bestellte Gutachten und das Obergutachten.

(4) Mit dem Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente hat das Mitglied eine Erklärung einzu-reichen, die alle mit dem Vorgang befassten Ärzte und Gutachter gegenüber dem Versor-gungswerk von ihrer Schweigepflicht entbindet.

(5) Das Versorgungswerk kann die Berufsunfähigkeitsrente unter Auflagen gewähren, hierzu kann es insbesondere bestimmte Maßnahmen der medizinischen Therapie oder der Rehabilitation anordnen.

(6) Das Versorgungswerk kann die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente befristen.

(7) Zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezug der Berufsunfähigkeitsrente weiterhin vorliegen, kann das Versorgungswerk Nachuntersuchungen anordnen. Hierfür kann es den Gutachter bestimmen. Die Kosten der Nachuntersuchung hat das Versor-gungswerk zu tragen. Kommt die Nachuntersuchung zum Ergebnis, dass die Vorausset-zungen zum Bezug der Berufsunfähigkeit nicht vorliegen, erhält das Mitglied Gelegen-heit zur Stellungnahme und Vorlage eines weiteren ärztlichen Gutachtens. Bei im Ergebnis abweichender Beurteilung gilt Abs. 3 S. 4 und 5 entsprechend.

(8) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente endet:

1. wenn eine pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wird,
2. mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit endet oder das Mitglied verstirbt,
3. wenn das Mitglied sich einer angeordneten Nachuntersuchung nicht unterzieht,
4. wenn das Mitglied an der Wiederherstellung der Berufsfähigkeit nicht mitwirkt, insbe-sondere wenn es Auflagen des Versorgungswerkes oder ärztliche Anweisungen nicht befolgt, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu einer Verbes-erung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit führen.
5. Mit Vollendung des 67. Lebensjahres wird die Berufsunfähigkeitsrente in eine Alters-rente gleicher Höhe umgewandelt.

(9) Wer die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeiführt, hat keinen Anspruch auf Berufs-unfähigkeitsrente.

§ 26

Hinterbliebenenrente

(1) Hinterbliebenenrenten sind:

1. Witwen- und Witwerrenten sowie Renten des überlebenden eingetragenen Lebenspart-ners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes,
2. Halb- und Vollwaisenrenten.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente beginnt mit dem ersten Kalendertag des Monats, der auf das Ableben des Mitgliedes folgt. Eine Hinterbliebenenrente wird nicht für mehr als zwölf Kalendermonate vor dem Monat, indem die Rente beantragt wird, geleistet.

(2) Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt des Todes eine Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente besaß oder Berufsunfähigkeits- oder Altersrente bezog.

(3) Die Witwen- oder Witwerrente sowie die Rente des überlebenden eingetragenen Lebenspartners i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes beträgt 60 vom Hundert der Rente oder Berufsunfähigkeitsrentenanwartschaft. Wurde die Ehe nach Rentenbeginn geschlossen und bestand sie nicht mindestens 3 Jahre, so besteht kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente, es sei denn, aus dieser Ehe ist ein Kind hervorgegangen oder nach den besonderen Umständen des Einzelfalls ist die Annahme nicht gerechtfertigt, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente zu begründen. Der Ehe-

schließung steht die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes gleich.

(4) Einem früheren Ehegatten des Mitgliedes, dessen Ehe mit dem Mitglied vor dem 01.07.1977 geschieden worden ist, wird nach dem Tode des Mitgliedes Rente gewährt, wenn ihm das Mitglied zur Zeit des Ablebens Unterhalt zu leisten hatte. Sind aus mehreren Ehen Unterhaltsberechtigte vorhanden, so wird die Witwen- oder Witwerrente unter ihnen entsprechend den während der jeweiligen Ehezeiten erworbenen Rentenanwartschaften aufgeteilt.

(5) Waisenrenten werden nach dem Ableben des Mitgliedes an seine Kinder längstens bis zu dem Monat gewährt, in dem das betreffende Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Für Kinder des Mitgliedes, die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder vollständig erwerbsunfähig sind, wird die Waisenrente längstens bis zu dem Monat gewährt, in dem das betreffende Kind das 27. Lebensjahr vollendet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Bestehen eines vorübergehenden sozialversicherungspflichtigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses zur Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder zur Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres oder eines freiwilligen ökologischen Jahres unterbrochen oder verzögert, so verlängert sich die Laufzeit über das 27. Lebensjahr der Waise um die Zeit dieser Unterbrechung.

(6) Zum Bezug einer Waisenrente sind berechtigt:

1. die ehelichen Kinder,
2. die für ehelich erklärten Kinder,
3. die gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechtes angenommenen Kinder,
4. die nichtehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes,
5. die nichtehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt ist.

(7) Die Waisenrente beträgt:

1. bei Halbweisen 15 vom Hundert,
2. bei Vollweisen 30 vom Hundert

der Rente oder der Berufsunfähigkeitsrentenanwartschaft.

(8) Die Hinterbliebenenbezüge dürfen zusammen das 1,5-fache der Berufsunfähigkeits- oder Altersrente nicht übersteigen. Ist dies der Fall, so erfolgt eine Kürzung in Quoten.

(9) Erlischt der Anspruch eines versorgungsberechtigten Hinterbliebenen, so erhöhen sich die Leistungen an die verbliebenen Berechtigten in den Fällen des Abs. 8 bis zum zulässigen Höchstbetrag.

(10) Die Zahlung der Hinterbliebenenrente an Witwen oder Witwer sowie an überlebende eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes endet mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte verstirbt, wieder heiratet oder eine neue eingetragene Lebenspartnerschaft begründet.

(11) Stirbt ein Mitglied des Versorgungswerkes oder ein Empfänger von Berufsunfähigkeits- oder Altersrente, ohne nach diesen Bestimmungen leistungsberechtigte Personen zu hinterlassen, so entfällt jede Verpflichtung des Versorgungswerkes zur Leistungsgewährung.

(12) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes vorsätzlich herbeigeführt haben.

§ 27

Freiwillige Leistungen

(1) Als freiwillige Leistungen können im Einzelfall auf Antrag gemäß den Richtlinien nach Anlage 3 Zuschüsse für Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden an:

1. Pflichtmitglieder kraft Satzung, die Pflichtbeiträge nach der Satzung entrichten.
2. freiwillige Mitglieder, die in den 12 vorangegangenen Monaten Pflichtbeiträge gemäß der Satzung entrichtet haben.
3. Bezieher von Berufsunfähigkeitsrente, wenn anzunehmen ist, dass durch Rehabilitationsmaßnahmen die Berufsfähigkeit wieder hergestellt werden kann.

Freiwillige Mitglieder, die nicht die Voraussetzung der Nr. 2 erfüllen, und ausgeschiedene Mitglieder haben keinen Anspruch auf Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen.

§ 28

Höhe der Leistungen

(1) Die Höhe der Leistungen bestimmt sich aus den Beitragszahlungen des einzelnen Mitgliedes. Durch die Beitragszahlungen werden Punktzahlen erworben. Diese werden mit den jeweils zum Zeitpunkt des Leistungsfalls gültigen Rentenwerten multipliziert.

(2) Für Beitragszahlungen ab dem 01.01.2019 (Stammrecht C) ergibt sich die aus den Beitragszahlungen eines Jahres erworbene Punktzahl jeweils durch Multiplikation des persönlichen Beitragsquotienten mit dem altersabhängigen Faktor aus Spalte »P« der Leistungstabelle in Anlage 1 Teil 1 C. Der persönliche Beitragsquotient stellt das Verhältnis des gezahlten Jahresbeitrages zu dem für dieses Jahr gültigen Referenzbeitrag dar. Der Referenzbeitrag entspricht dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Beitragsjahr, mindestens aber dem Referenzbeitrag des Vorjahres. Beitragsquotient und erworbene Punktzahl werden jeweils kaufmännisch auf 4 Nachkommastellen gerundet.

(3) Für Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014 (Stammrecht A) bzw. vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2018 (Stammrecht B) wird die Höhe der Leistungen zunächst nach der bis zum 31.12.2018 gültigen Satzung errechnet. Leistungen aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014 gehören zum Stammrecht A, Leistungen aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015 gehören zum Stammrecht B. Der sich jeweils ergebende Betrag wird zum 31.12.2018 mittels Division durch 95,00 € für Stammrecht A bzw. 75,00 € für Stammrecht B in Punktzahlen umgerechnet. Die Punktzahlen werden kaufmännisch auf 4 Nachkommastellen gerundet.

(4) Zum 01.01.2019 beträgt der Rentenwert für das Stammrecht C € 62,50, für das Stammrecht A € 95,00 und für das Stammrecht B € 75,00.

§ 28a

Anpassung laufender Renten und der Rentenwerte

(1) Der Leitende Ausschuss hat jährlich aufgrund der Ertrags- und Vermögenslage des Versorgungswerkes unter Berücksichtigung des Preisgefüges der Gesamtwirtschaft sowie der Veränderungen der Lebenshaltungskosten Leistungsverbesserungen zu prüfen und einen Beschlussvorschlag für die Anpassung laufender Renten und der Rentenwerte nach § 28 Abs. 4 der Delegiertenversammlung vorzulegen.

(2) Soweit Mittel zur Erhöhung der Rentenwerte zur Verfügung stehen ist vorrangig Stammrecht C anzupassen.

Der Rentenwert für Stammrecht B bleibt unverändert bis der Rentenwert für Stammrecht C ihn erreicht hat. Im Weiteren erhöhen sich die Rentenwerte der Stammrechte B und C um jeweils denselben Betrag.

Der Rentenwert für Stammrecht A bleibt unverändert bis der Rentenwert für die Stammrechte B und C ihn erreicht hat. Im Weiteren erhöhen sich die Rentenwerte der Stammrechte A, B und C um jeweils denselben Betrag. Ein Absenken der Stammrechte A und B erfolgt nicht.

(3) Die nach dem 31.12.2019 jeweils gültigen Rentenwerte sind der Anlage 8 zu entnehmen.

§ 29

Versorgungsausgleich bei Ehescheidung

(1) Wird die Ehe eines Mitgliedes geschieden, findet zum Ausgleich der bei dem Versorgungswerk erworbenen Anrechte die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz und den Bestimmungen der folgenden Absätze statt, sofern keine externe Teilung vorgenommen wird.

(2) Die ausgleichsberechtigte Person wird kein Mitglied des Versorgungswerkes, eine Aufstockung des durch die interne Teilung erworbenen Anrechts durch zusätzliche Beitragszahlungen ist ausgeschlossen.

(3) Die interne Teilung erfolgt, indem zu Lasten der von dem ausgleichspflichtigen Mitglied erworbenen Anrechte auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung für die ausgleichsberechtigte Person Versorgungsanrechte beim Versorgungswerk übertragen werden. Die Höhe des für die ausgleichsberechtigte Person zu übertragenden Anrechts errechnet sich nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 durch Verrentung des Ausgleichswertes, dem ein als Kapitalwert ermittelter Ehezeitanteil zugrunde liegt. Hierbei hat eine Unterscheidung nach Stammrecht A (Ehezeitanteil aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014), Stammrecht B (Ehezeitanteil aus Beitragszahlungen vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2018) und Stammrecht C (Ehezeitanteil aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2019) zu erfolgen.

(4) Der Ehezeitanteil des vom ausgleichspflichtigen Mitglied beim Versorgungswerk erworbenen Anrechts, getrennt für jedes Stammrecht, wird durch Umrechnung der aus Beiträgen und ggf. Überschussverteilungen in der Ehezeit erworbenen – beitragsfrei gestellten – Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung in einen Kapitalwert, bezogen auf das Ende der Ehezeit, ermittelt. Bezieht das Mitglied zum Ende der Ehezeit bereits eine Berufsunfähigkeitsrente, so sind auch angerechnete Zukunftsbeiträge für die Zeit bis zum Ende der Ehezeit zu berücksichtigen. Der Kapitalwert errechnet sich gemäß Anlage 1 (Leistungs- und Kapitalwertabelle) getrennt für jedes Stammrecht durch Multiplikation der ehezeitlich erworbenen Punktzahl mit dem zum Ehezeitende gültigen Rentenwert sowie mit dem zum Ehezeitende gültigen Kapitalwertfaktor. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied zum Ende der Ehezeit noch keine Rente oder lediglich eine Rente nach § 25 der Satzung, ist Teil 1 der Anlage 1 (Leistungs- und Kapitalwertabelle für die Anwartschaftsphase) anzuwenden. Dabei entspricht der Kapitalwert für Stammrecht C abweichend dem korrespondierenden Kapitalwert gemäß Anlage 1 Teil 1C. Bei zum Ende der Ehezeit bereits laufenden Altersrenten nach § 24 der Satzung ist Teil 2 der Anlage 1 (Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente) getrennt für jedes Stammrecht anzuwenden. Verlangt das Familiengericht wegen der bereits laufenden Zah-

lung der Altersrente eine Kapitalwertermittlung zu einem aktuellen Bewertungsstichtag nach dem Ende der Ehezeit, so wird der vom Gericht vorgegebene Stichtag berücksichtigt.

(5) Der Ausgleichswert wird getrennt für jedes Stammrecht durch Halbierung des gemäß Absatz 4 ermittelten Kapitalwerts der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft bestimmt.

(6) Der Ausgleichswert wird bezogen auf das Ende der Ehezeit bzw. bezogen auf den der Entscheidung über den Versorgungsausgleich zugrunde liegenden Bewertungsstichtag, als Einmalbeitrag für die ausgleichsberechtigte Person getrennt für jedes Stammrecht wie folgt versicherungsmathematisch äquivalent verrechnet und auf Basis des Ehezeitende jeweilig maßgeblichen Rentenwertes in eine Punktzahl umgerechnet:

- a) Ist die ausgleichsberechtigte Person Pflichtmitglied oder Versorgungsempfänger des Versorgungswerkes, so wird für sie unter Anwendung der Leistungstabelle (Anlage 1) ein Anrecht auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung errechnet. Bezieht sie zum Ende der Ehezeit bereits eine laufende Rente, erhöht sich diese um den Betrag, der sich zum Ehezeitende aus der Teilung des Ausgleichswerts durch den Kapitalwertfaktor nach Teil 2 der Anlage 1 (Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente) ergibt.
- b) Erfüllt die ausgleichsberechtigte Person die Voraussetzungen des Buchstaben a) nicht, so wird für sie ein Anrecht auf eine ab Erreichen der Regelaltersgrenze zahlbare bzw. bei Überschreitung dieser Altersgrenze sofort beginnende Altersrente errechnet. Ein Anspruch auf Berufsunfähigkeits- oder Witwen- bzw. Witwerrente ist ausgeschlossen. Es besteht jedoch im Falle des Todes der ausgleichsberechtigten Person ein Anrecht auf Waisenrente für gemeinsame leibliche oder adoptierte Kinder der geschiedenen Ehegatten. Für den Anspruch auf Halb- bzw. Vollwaisenrente gelten die Bestimmungen in § 26 Absätze 5 und 7 entsprechend mit der Maßgabe, dass in Fällen, in denen die ausgleichsberechtigte Person vor Erreichen der Regelaltersgrenze verstirbt, ohne bereits eine Rente zu beziehen, sich die Waisenrente aus dem Betrag der fiktiven Altersrente errechnet, die die ausgleichsberechtigte Person zum Zeitpunkt ihres Todes bzw. zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach § 24 Absatz 3 Satz 1 hätte in Anspruch nehmen können. Das Anrecht auf Altersrente ermittelt sich für die Stammrechte A und B nach der Tabelle für eine Altersrente aus Versorgungsausgleich (Anlage 5, Teil A und B). Zum Ausgleich für den Ausschluss vorzeitiger Versorgungsrisiken sind in diese Tabelle entsprechende Aufschläge auf die Werte der Leistungstabelle (Anlage 1) eingerechnet. Bei dem Stammrecht C wird das Anrecht nach Buchstabe a) errechnet und zur Berücksichtigung der Beschränkung des Risikoschutzes dessen Betrag um einen Zuschlag nach der Tabelle über die Aufschläge für Anwartschaften auf Altersrente (Anlage 5, Teil C) erhöht.

(7) Aufgrund der internen Teilung kürzt sich, bezogen auf das Ende der Ehezeit, das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds beim Versorgungswerk getrennt für jedes Stammrecht um den Betrag, der sich unter Anwendung der Leistungstabelle (Anlage 1) für das Mitglied aus einer Verrentung des Ausgleichswertes nach Absatz 4 als Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung ergäbe. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied bereits eine Rente, so wird die Rente um den Anteil des in der Ehezeit erworbenen Anspruchs entsprechend dem Verhältnis des Ausgleichswerts zum Kapitalwert gemindert.

(8) Ist der Ausgleichswert am Ende der Ehezeit nicht höher als 240 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, so wird unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Abschnitts 2 Unterabschnitt 3 des Versorgungsausgleichsgesetzes eine externe Teilung durchgeführt. In diesem Fall wird der nach

Absatz 4 bestimmte Ausgleichswert zur Begründung eines Anrechts außerhalb des Versorgungswerks als Einmalbeitrag an den Träger der Zielversorgung geleistet. Für die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds gilt Absatz 7 entsprechend.

(9) In den gesetzlichen Anpassungsfällen der §§ 33, 35 und 37 des Versorgungsausgleichsgesetzes wird die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds nach Maßgabe §§ 33 bis 38 des Versorgungsausgleichsgesetzes auf entsprechenden Antrag ausgesetzt bzw. aufgehoben. Eine teilweise Aussetzung wird im Verhältnis der Kürzung der Stammrechte auf die Stammrechte verteilt.

(10) Soweit der Versorgungsausgleich nach den vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs geltenden gesetzlichen Bestimmungen durchzuführen ist, gilt weiterhin § 29 der Satzung in der vor dem 01.09.2009 gültigen Fassung.

(11) Ist zugunsten des Mitglieds ein bei einem anderen Versorgungsträger erworbenes Anrecht des Ehegatten auszugleichen, so kann zulasten dieses Anrechts ein Anrecht für das Mitglied beim Versorgungswerk nach Maßgabe des § 14 Versorgungsausgleichsgesetz begründet werden. Die Zahlung des Ausgleichswerts an das Versorgungswerk wird bezogen auf das Alter des ausgleichsberechtigten Mitglieds zum Zeitpunkt der Zahlung unter Anwendung der Beitrags- und Leistungstabelle (Anlage 1) bewertet.

(12) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 Lebenspartnerschaftsgesetzes durchzuführen ist, finden die Absätze 1 bis 11 entsprechende Anwendung.

(13) Die Geschäftsführung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Leitenden Ausschuss Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.

§ 30

Übergangsbestimmungen

(1) Anspruchsberechtigte, deren Versicherungszeiten vor dem 01.01.2012 begonnen haben, können abweichend von § 24 Abs. 3 die Altersrente bereits nach Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch nehmen. Als Versicherungszeiten gelten dabei auch Zeiten, für die Überleitungs- oder Nachversicherungsbeiträge entrichtet wurden sowie nachgewiesene Versicherungszeiten in anderen berufsständischen Versorgungswerken. Für Berechtigte nach § 29 Abs. 3 gelten die Versicherungszeiten des ausgleichsverpflichteten Mitglieds als eigene Versicherungszeiten, soweit diese innerhalb der Ehezeit liegen.

(2) Ansprüche, die aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2011 erworben wurden, erhöhen sich zum 01.01.2012 einmalig um einen jahrgangsabhängigen Zuschlag gemäß Anlage 7 zur Berücksichtigung der Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 Jahre auf 67 Jahre. Entsprechendes gilt für Ansprüche aus Versorgungsausgleich nach § 29 Abs. 6, die vor dem 01.01.2012 begründet wurden.

§ 31

Schlussbestimmungen

(1) Ergibt eine nachträgliche Prüfung von Rentenfestsetzungen oder erworbenen Rentenansprüchen, dass eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig oder zu hoch festgelegt wurde, ist sie neu festzustellen. Durch einen Irrtum des Versorgungswerkes zu hoch festgesetzte Leistungen können nur nach den Maßgaben der §§ 48 ff. HVwVfG zurückgefordert werden.

(2) Ansprüche auf Leistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Für die Pfändung gilt § 54 SGB I entsprechend.

(3) Es finden die Vorschriften des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung. Die Bescheide des Versorgungswerkes sind auf dem Verwaltungsrechtsweg anfechtbar. Vor Erhebung einer Klage ist ein Widerspruchsverfahren durchzuführen.

§ 32**Inkrafttreten**

Die Änderungen treten zum 01.01.2022 in Kraft.

Geschäftsordnung der Zertifizierungskommission der Landesapothekerkammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts

beschlossen von der Zertifizierungskommission der
Landesapothekerkammer Hessen am 14. Juni 2005
(veröffentlicht in der DAZ Nr. 27/2005, S. 3933 ff. und PZ Nr. 28/2005, S. 2592),
zuletzt geändert am 1. Dezember 2012 von der Zertifizierungskommission der
Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz und Hessen
(veröffentlicht in der DAZ Nr. 1/2013, S. 90 und PZ Nr. 1-2/2013, S. 108 ff.)

§ 1

Zertifizierungskommission

(1) Die Zertifizierungskommission ist die maßgebliche Stelle in der Landesapothekerkammer Hessen für die Durchführung des Zertifizierungsverfahrens und für die Erteilung des Zertifikates für Apotheken, die ein Qualitätsmanagementsystem (im Folgenden QMS) in ihrem Apothekenbetrieb nach der Satzung für das Qualitätsmanagement der hessischen Apotheken (im Folgenden QMS-Satzung) zertifizieren lassen wollen.

(2) Ihr Aufgabenbereich ist innerhalb der Gremien und der Geschäftsstelle der Landesapothekerkammer Hessen selbstständig zu führen. Ihre Mitglieder haben sich bei ihren Entscheidungen gewissenhaft und unparteiisch zu verhalten und unterliegen nicht der Weisungsbefugnis anderer Personen oder Gremien in der Landesapothekerkammer Hessen. Sie haben, auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit, über die ihnen bekannt gewordenen Angelegenheiten Stillschweigen zu wahren; dies gilt nicht für Mitteilungen im dienstlichen Verkehr oder für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen.

(3) Die Zertifizierungskommission nimmt ihre Aufgaben bis zur jeweiligen Neubestellung in der nächsten Amtsperiode der Delegiertenversammlung wahr.

§ 2

Beschlussfähigkeit, regulatorische Anforderungen

(1) Die Zertifizierungskommission wählt jeweils in ihrer konstituierenden Sitzung für die Dauer der Amtsperiode aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden¹⁾ und einen Stellvertreter.

(2) Sie ist gemäß § 2 Abs. 2 der QMS-Satzung beschlussfähig, wenn mindestens drei Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst; bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden, im Verhinderungsfall die Stimme seines Stellvertreters, den Ausschlag.

(3) Der Vorsitzende, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, lädt zu den Sitzungen der Zertifizierungskommission ein und leitet die Sitzung. Die Beratungen der Zertifizierungskommission sind grundsätzlich vertraulich.

1) Diese Geschäftsordnung verwendet zur besseren Übersicht überwiegend die männliche Bezeichnung. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer miteingeschlossen.

(4) Die Zertifizierungskommission kann Sachverständige und Gäste ohne Stimmrecht zu ihren Sitzungen einladen. Sie sind jeweils zu Beginn der Sitzung auf Verschwiegenheit zu verpflichten.

(5) Über die Sitzungen der Zertifizierungskommission ist eine Niederschrift zu erstellen, die den wesentlichen Inhalt der Beratungen und deren Ergebnisse wiedergibt.

§ 3

Geschäftsverteilungsplan für Auditoren

(1) Die Prüfung des eingereichten Handbuches und die Auditierung der Apotheke durch den nach § 3 der QMS-Satzung berufenen Auditor erfolgt nach dem vorliegenden Geschäftsverteilungsplan. Die zu Beginn der Amtsperiode der Vertreterversammlung berufenen Auditoren, die nicht gleichzeitig Mitglied der Zertifizierungskommission sein können, erhalten in der alphabetischen Reihenfolge ihres Nachnamens die Nummern 1 ff. Im Verlauf der Amtszeit der Vertreterversammlung neu berufene Auditoren werden am Ende der Namensliste unter der nächsten fortlaufenden Nummer nach gleichem Prinzip eingereiht.

(2) Die Anträge auf Zertifizierung werden in der Reihenfolge ihres Eingangs den Auditoren in der Reihenfolge der ihnen zugeordneten laufenden Nummer zur Bearbeitung zugeteilt bis zum Ende der Auditorennamensliste. Weitere Anträge beginnen wieder bei Auditor-Nr. 1, usw. Dabei ist zu beachten, dass sofern der Auditor Apothekenleiter ist, er keine Apotheke in seiner Nachbarschaft zur Auditierung zugeteilt bekommt. Gleiches gilt für ähnliche Befangenheitsgründe.

§ 4

Antrag

Die Anträge auf Zertifizierung werden bearbeitet, wenn der Antragsteller

- (a) das Handbuch in Kopie vorgelegt hat,
- (b) einen Verantwortlichen im Betrieb gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 der QMS-Satzung benannt hat,
- (c) die Bearbeitungsgebühr entrichtet hat und
- (d) dem Antrag eine schriftliche Erklärung beigefügt hat, dass die Zertifizierungsanforderungen erfüllt werden.

Nach der Bestätigung über die Einreichung der Antragsunterlagen wird dem laut Geschäftsverteilungsplan zuständigen Auditor das Handbuch zur Prüfung zugeleitet.

§ 5

Begriffsbestimmungen im Zertifizierungsverfahren

(1) Vollständigkeit im Sinne dieser Geschäftsordnung bedeutet, dass mindestens alle geforderten Prozesse beschrieben sind.

(2) Individualität bedeutet, dass das Handbuch von der zu zertifizierenden Apotheke und für die zu zertifizierende Apotheke erstellt wurde.

(3) Gesamtheitlicher Ansatz bedeutet, dass das Vorhaben erkennbar ist, die in § 1 der QMS-Satzung festgelegten Ziele in allen Bereichen der Apotheke in das QMS einzubeziehen.

(4) Plausibilität bedeutet, dass die Prozesse praktikabel, widerspruchsflos, zusammenhängend und eindeutig formuliert sind.

(5) Aktualität bedeutet, dass die Prozessbeschreibungen zu allen im Leitbild erklärten Zielsetzungen existieren.

(6) Mitarbeiterbeteiligung bedeutet, dass die entsprechenden Mitarbeiter an der Erstellung der Prozesse beteiligt wurden.

§ 6

Prüfung des Handbuchs

(1) Das vom Antragsteller eingereichte Handbuch wird insbesondere auf Vollständigkeit, Individualität, gesamtheitlichen Ansatz, Plausibilität, Aktualität und Mitarbeiterbeteiligung hin überprüft.

(2) Auf der Grundlage eines schriftlichen Prüfberichts des Auditors gem. § 4 Abs. 2 der QMS-Satzung entscheidet die Zertifizierungskommission, ob das Handbuch den Anforderungen der QMS-Satzung entspricht.

(3) Entspricht das Handbuch nicht den Anforderungen, so wird dem Antragsteller unter Darlegung der Abweichungen die Möglichkeit der Nachbesserung eingeräumt.

(4) Entspricht das Handbuch auch nach einer Nachbesserung nicht den Anforderungen wird der Antrag auf Zertifizierung von der Zertifizierungskommission abgelehnt.

(5) Erfüllt das Handbuch die Anforderungen, teilt die Zertifizierungskommission dem Antragsteller den Namen des Auditors mit. Diese Mitteilung muss den Hinweis enthalten, dass der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen Einspruch gegen die Benennung des Auditors einlegen kann; soweit auf den Einspruch hin eine andere Person für die Prüfung des Handbuchs benannt wird, ist ein weiterer Einspruch nicht möglich. Die Grundsätze der Befangenheit bleiben hiervon unberührt.

§ 7

Auditierung

(1) Der nach § 5 Abs. 5 der QMS-Satzung benannte Auditor nimmt die Apotheke des Antragstellers nach Terminvereinbarung unter Berücksichtigung der geschäftlichen Situation in Augenschein, um festzustellen, ob das Qualitätsmanagementsystem eingesetzt wird.

(2) Bei Bedarf kann zu dem Auditor ein weiterer Auditor hinzugezogen werden. § 5 Abs. 5 Satz 1 Halbsatz 2 der QMS-Satzung und § 5 Abs. 5 Satz 2 der QMS-Satzung gelten entsprechend.

(3) Während des Audits muss grundsätzlich der für das Qualitätsmanagementsystem in der Apotheke nach § 4 Abs. 2 Satz 2 der QMS-Satzung Verantwortliche anwesend sein. Neben dem Apothekenleiter sollte das übrige Apothekenpersonal möglichst vollzählig anwesend sein.

(4) Bei der Auditierung ist insbesondere auf die Beurteilungskriterien Individualität, Mitarbeiterbeteiligung, Aktualität, Plausibilität und gesamtheitlicher Ansatz zu achten.

(5) Der Auditor erstellt einen Audit-Bericht. Die von ihm gegebenen sachlichen Hinweise zur Weiterentwicklung und Optimierung des Qualitätsmanagementsystems des Antragstellers sind Bestandteil des Berichtes.

§ 8

Entscheidung über die Zertifizierung

(1) Erfüllt der Antragsteller die Anforderungen an das Handbuch und bescheinigt der Auditor unter Berücksichtigung der in § 7 Abs. 4 genannten Beurteilungskriterien, dass

die Zertifizierungsvoraussetzungen erfüllt sind, erteilt die Zertifizierungskommission der Apotheke das Zertifikat, sofern keine weiteren Bedenken von Seiten der Zertifizierungskommission bestehen. Nach Entrichtung der Abschlussgebühr für das Zertifizierungsverfahren wird dem Antragsteller die Urkunde über das Zertifikat zusammen mit dem Protokoll über die Auditierung zugesandt.

(2) Gelangt der Auditor unter Berücksichtigung der in § 7 Abs. 4 genannten Beurteilungskriterien zu einem negativen Ergebnis, weil schwerwiegende Abweichungen festgestellt wurden, so wird das Zertifikat verweigert und dem Antragsteller das Ergebnis mit Übersendung des Auditberichtes mitgeteilt.

(3) Das zu erteilende Zertifikat wird vom Vorsitzenden der Zertifizierungskommission sowie von der Kammerpräsidentin unterzeichnet. Ablehnende Bescheide unterzeichnet nur der Vorsitzende der Zertifizierungskommission.

(4) Das eingereichte Handbuch, die vom Auditor bearbeitete Fassung und der Auditbericht werden in der Geschäftsstelle unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen archiviert. Nach der Rezertifizierung, spätestens nach sechs Jahren, werden nicht mehr benötigte Unterlagen vernichtet.

§ 9

Erneute Antragstellung nach Ablehnung

Wird ein Antrag auf Zertifizierung endgültig abgelehnt, so richtet sich das Verfahren bei erneutem Antrag wiederum nach den vorstehenden Bestimmungen der §§ 4 ff. dieser Geschäftsordnung.

§ 10

Überwachungstätigkeiten

(1) Der Leiter einer von der Landesapothekerkammer Hessen zertifizierten Apotheke muss jährlich ein QMS-Review erstellen, dieses der Zertifizierungsstelle einreichen und damit die fortdauernder Angemessenheit und Wirksamkeit seines Systems nachweisen, damit das Zertifikat weiterhin seine Gültigkeit behalten kann. Dabei sind Änderungen innerhalb des Apothekenbetriebes (oder -verbundes) und seines Managementsystems zu berücksichtigen.

(2) Die Frist für das Einreichen der Reviews ist jeweils der jährlich wiederkehrende Termin des Zertifizierungsaudits.

(3) Der zuständige Auditor prüft die Unterlagen und spricht gegenüber der Zertifizierungskommission eine Empfehlung über ein eventuell notwendiges Vor-Ort-Audit aus.

(4) Auf Basis dieser Beurteilung und ggf. weiterer Informationen entscheidet die Zertifizierungskommission, ob das Zertifikat weitergeführt werden darf.

(5) Verweigert eine Apotheke die fristgerechte Vorlage des Review auch auf Nachforderung, so ist die Apotheke in jedem Fall erneut durch einen Auditor zu begehren.

(6) Dieses Überwachungsaudit als Vor-Ort-Audit stellt nicht notwendigerweise ein vollständiges Systemaudit dar. Es muss aber so geplant und durchgeführt werden, dass die Zertifizierungsstelle das Vertrauen aufrecht erhalten kann, dass das zertifizierte Managementsystem zwischen den Re-Zertifizierungsaudits weiterhin die Anforderungen erfüllt. Das Überwachungsaudit muss mindestens die auch im Review zu erfassenden Punkte umfassen:

- Interne Audits und Managementbewertung

- Bewertung der ergriffenen Maßnahmen zu Abweichungen, die während des vorhergehenden Audits festgestellt wurden
 - Behandlung von Beschwerden; Fehleranalysen, Kundenzufriedenheitsmessungen
 - Lieferantenbewertungen
 - Bewertungen der Ziele und Kennzahlen
 - Fortschritt bei geplanten Tätigkeiten zur ständigen Verbesserung
- (7) Gegebenenfalls ist das Widerrufsverfahren gemäß § 12 einzuleiten.

§ 11

Rezertifizierungsverfahren

(1) Ein Antrag auf Rezertifizierung kann frühestens sechs Monate vor Ablauf eines gültigen Zertifikats gestellt werden. Dem Antragsteller werden die zur Zeit geltenden Mindestanforderungen unverzüglich mitgeteilt.

(2) Neben den Bestimmungen des § 5 Abs. 3 QMS-Satzung richtet sich das Verfahren zur Rezertifizierung nach den Bestimmungen der §§ 4 ff. dieser Geschäftsordnung.

(3) Kommt es aus Gründen, die der Antragsteller nicht zu vertreten hat, nicht zu einer Entscheidung über den Antrag auf Rezertifizierung vor Ablauf der Gültigkeit des bestehenden Zertifikats, so kann die Apotheke bis zur Entscheidung das Zertifikat weiterführen.

§ 12

Rücknahme, Widerruf, Erlöschen

(1) Die Zertifizierung kann unter den Voraussetzungen der §§ 48 bis 50 des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes zurückgenommen bzw. widerrufen werden. Vor der Entscheidung der Zertifizierungskommission über die Rücknahme oder den Widerruf ist der Betroffene zu hören.

(2) Die Gültigkeit des Zertifikates erlischt durch Tod oder durch Verzicht des Apothekenleiters. Geht die Betriebserlaubnis auf einen oder mehrere neue Inhaber über, erlischt die Gültigkeit des Zertifikates ebenfalls. Bei Inhaberwechsel können der oder die neuen Leiter entweder ein eigenes QMS einführen und die Neu-Zertifizierung beantragen oder bei gleichen Zielen und nach Abgabe einer entsprechenden Erklärung gegenüber der Zertifizierungskommission das Zertifikat übernehmen.

§ 13

Rechtsmittel

Im Falle eines Widerspruchs prüft die Zertifizierungskommission zunächst, ob sie ihm abhilft. Ist dies nicht der Fall, legt sie den Widerspruch mit schriftlicher Begründung für die Nichtabhilfe dem Vorstand der Landesapothekerkammer Hessen zur Entscheidung vor.

§ 14

Bekanntgabe

Diese Geschäftsordnung wird in der Pharmazeutischen Zeitung und der Deutschen Apotheker Zeitung bekannt gemacht.

E
Apothekenbetrieb

E

Merkblatt des Regierungspräsidiums Darmstadt zum Antrag auf Erteilung einer Betriebslaubnis für eine Apotheke

Stand: September 2019

Der formlose Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke kann gerne per E-Mail vorgelegt werden. Ihm sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Eine beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde (die Unterlage ist zusätzlich per Post vorzulegen).
2. Ein tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeiten.
3. Eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Wortlaut:
»Herr/Frau ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.«
4. Ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde gemäß § 30 Abs. 5 BZRG, das nicht älter als 6 Monate sein darf (als Verwendungszweck »Apothekenbetriebslaubnis« angeben).
5. Grundrisse der Apothekenbetriebsräume per E-Mail als PDF-Datei mit Angabe des Maßstabes, aus denen die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich sind (u.a. HV-Tisch, Schubschränke bzw. Kommissionierautomat, Rezeptur, Teerezeptur, Labor (Abzug), Schrank bzw. Raum für brennbare Flüssigkeiten über einen Liter, BTM-Tresor, Nachtdienstzimmer). Die Größe der Räume ist jeweils in m² anzugeben.
6. Eine Erklärung, dass die Rezeptur der Apotheke an mindestens 3 Seiten raumhoch von anderen Bereichen der Apotheke abgetrennt ist, wobei die ggf. offene Seite eine kurze Seite ist, **oder** eine Erklärung, dass sich die Rezeptur in einem Raum befindet, der gleichzeitig ausschließlich als Laboratorium dient.
7. Eine Erklärung, dass die Offizin der Apotheke barrierefrei zugänglich ist bzw. aus welchen Gründen die Barrierefreiheit nicht geschaffen werden kann.
8. Eine Erklärung, dass zur Temperaturregulierung des Offizins, des Lagers und ggf. des Kommissionierautomaten eine Klimaanlage vorhanden ist.
9. Bezeichnung des Grundstücks nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.
10. Den Nachweis, dass die nach der Apothekenbetriebsordnung vorgeschriebenen Räume zur Verfügung stehen. Ist der/die Antragsteller/in nicht Eigentümer der Räume, ist der Mietvertrag vorzulegen; im Falle der Untervermietung alle Mietverträge bis zum Eigentümer. Sofern der/die Antragsteller/in Eigentümer der Räume ist, dient als Nachweis die Vorlage eines Grundbuchauszuges.
11. Eine Ausfertigung des Apothekenpachtvertrages und ggf. des Schiedsvertrages, wenn die Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke als Pächter/in beantragt wird.
12. Eine Ausfertigung des Kaufvertrages bzw. des Erbscheins, wenn die Erteilung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke nach Kauf oder Erbschaft beantragt wird.
13. Eine Ausfertigung des OHG-Vertrages, wenn die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft betrieben werden soll.

Seite 2

14. Bei der Übernahme oder Verlegung einer Apotheke muss der/die bisherige Eigentümer/in auf seine/ihre Apothekenbetriebserlaubnis schriftlich verzichten.
15. Eine Erklärung, dass der/die Antragsteller/in voll geschäftsfähig (nicht entmündigt) ist.
16. Eine Erklärung, dass dem/der Antragsteller/in die Ausübung des Apothekerberufes nicht untersagt ist sowie, dass keine Strafverfahren und keine berufsgerichtlichen Verfahren gegen ihn/sie anhängig sind.
17. Eine eidesstattliche Versicherung, dass der/die Antragsteller/in keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder Absprachen getroffen hat, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen. Diese kann mit Hilfe eines bei der Behörde erhältlichen Formblattes abgegeben oder von einem Notar beurkundet werden.
18. Eine Versicherung, dass es sich bei dem vorgelegten Mietvertrag um einen Hauptmietvertrag handelt. Sofern dies nicht der Fall ist, sind statt der Versicherung der Hauptmietvertrag und sämtliche Untermietverträge vorzulegen.
19. Eine Mitteilung, ob und ggf. wo der/die Antragsteller/in eine oder mehrere weitere Apotheken betreibt.
20. Eine Versicherung über die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben und eine Erklärung, dass dem/der Apotheker/in bekannt ist, dass unrichtige und unvollständige Angaben zur Rücknahme der Erlaubnis führen können.

Ferner sind folgende Angaben erforderlich:

21. Eine Erklärung, ob der/die Antragsteller/in mit einer Mitteilung an die Redaktionen der Zeitschriften »Deutsche Apothekerzeitung« und »Pharmazeutische Zeitung« unter Angabe des Vor- und Zunamens des Erlaubnisinhabers, des Namens und der Anschrift der Apotheke sowie des Wirksamwerdens der Erlaubnis einverstanden ist.
22. Datum, zu dem die Betriebserlaubnis erteilt werden soll.
23. Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde.

Wird die Erlaubnis zum Betrieb einer **Filialapotheke** beantragt, sind die Unterlagen nach Ziffern 3–23 und die schriftliche Benennung der/des gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG für den Betrieb der Filialapotheke verantwortlichen Apothekerin/Apothekers beizufügen. Die benannte Person hat die Kenntnisnahme dieser Benennung schriftlich zu bestätigen.

Eine abschließende Bearbeitung des Antrags erfolgt erst bei Vollständigkeit aller geforderten Unterlagen. Diese sollen mindestens 4 Wochen vor dem für die Erteilung der Betriebserlaubnis gewünschten Termin vorliegen.

Hinweis zur ordnungsgemäßen Übergabe von Betäubungsmitteln bei Kauf, Übernahme oder Pacht einer Apotheke (Betäubungsmittel-Binnenhandels-Verordnung i.V.m. § 4 Abs. 1 Nr. 1d und § 12 Abs. 1 und 2 Betäubungsmittelgesetz)

Die Übergabe von Betäubungsmitteln bei Besitzerwechsel oder Verpachtung erfolgt nach dem Abgabebelegverfahren, d.h. wie die Belieferung von Apotheken durch den Großhandel, mit dem dazu verwendeten vierteiligen Formular. Der als Abgabemeldung bezeichnete Teil ist bis spätestens an dem auf die Übergabe folgenden Werktag an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu senden.

Die vorhandenen Betäubungsmittelverschreibungen, und -lieferscheine sind vom Abgebenden (Verkäufer, Verpächter) drei Jahre aufzubewahren (§ 12 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung – BtMVV). Sie verbleiben nicht in der Apotheke. Karteikarten, Betäubungsmittelbücher oder EDV-Ausdrucke nach § 13 Abs. 1 BtMVV

sind gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 BtMVV in der Apotheke drei Jahre lang, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren.

Die Dokumentation nach dem **Transfusionsgesetz** (Blutprodukte) soll nach Kauf, Übernahme oder Verpackung in der Apotheke verbleiben.

Hinweis gemäß § 18 Abs. 2 Hess. Datenschutzgesetz

Für alle bestehenden Erlaubnisse zum Betrieb einer Apotheke werden folgende personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vereinfachung von Verwaltungsvorgängen im Rahmen der Erteilung von Betriebserlaubnissen und der Apothekenüberwachung in einer automatisierten Datei gespeichert: Datum der Erlaubniserteilung, Name der Apothekerin/des Apothekers, Name und Anschrift der Apotheke, Name einer Filialleiterin/eines Filialleiters, Datum und Ergebnis von Besichtigungen, belieferte Krankenhäuser, Rettungsdienste und Heime.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist § 11 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz in Verbindung mit dem Gesetz über das Apothekenwesen und § 64 des Arzneimittelgesetzes.

Name, Vorname _____

geb. am _____, in _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen.

In Kenntnis der Bedeutung einer Versicherung an Eides statt und der Strafbarkeit einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung²⁾ versichere ich an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

2) Auszug aus dem Strafgesetzbuch:

§ 156: Falsche Versicherung an Eides statt

Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 163: Fahrlässiger Falscheid; fahrlässige falsche Versicherung an Eides statt

(1) Wenn eine der in den §§ 154–156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

Leitfaden des Regierungspräsidiums Darmstadt zur Genehmigung von Verträgen zwischen Apotheken und Heimen nach § 12a Apothekengesetz (ApoG)

Stand: August 2020

§ 12a ApoG verpflichtet den Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke, zur Versorgung von Bewohnern von Heimen im Sinne des § 1 Heimgesetz mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten mit dem Träger der Heime einen schriftlichen Vertrag (Versorgungsvertrag) zu schließen. Durch die Verpflichtung zum Abschluss eines solchen Vertrages soll die Qualität der Arzneimittelversorgung für Heimbewohner verbessert werden. Die Verpflichtung zum Vertragsabschluss richtet sich an den Apotheker, nicht an die Heime oder Heimträger.

Diese Verträge bedürfen der Genehmigung der zuständigen Behörde. Für die hessischen Apotheken ist dies das Regierungspräsidium Darmstadt. Dieser Leitfaden gibt allgemeine Hinweise zur Genehmigung, kann jedoch nicht alle Details behandeln. Grundlage von Entscheidungen ist stets die Prüfung des Einzelfalls.

1. Heime sind Einrichtungen im Sinne des § 1 des Heimgesetzes. Für Einrichtungen, die keine Heime im Sinne des § 1 des Heimgesetzes sind (z.B. Einrichtungen für betreutes Wohnen), ist eine Versorgung nach § 12a ApoG nicht vorgesehen. In den Fällen, in denen ein Bewohner eines Heimes sich auf besonderen Wunsch ein Arzneimittel von einem Mitarbeiter des Heimes oder einem sonstigen Dritten besorgen lässt, ist kein Vertrag erforderlich; natürlich auch nicht für Bewohner, die ihre Arzneimittel persönlich in einer Apotheke erwerben.
2. Vorzulegen sind
 - alle die Heimbeflieferung betreffenden Verträge (auch Zusatzverträge). Die Vorlage eines Scans des Vertrages per Mail ist ausreichend (Kontaktdaten siehe Fußzeile).
 - Mitteilung der Anzahl der zu versorgenden Bewohner
 - Kündigung des vorherigen Heimversorgers (kann auch gesondert vom Heim oder der Apotheke vorgelegt werden)
 - Abgrenzungsvereinbarung (bei mehreren Versorgungsapotheken)
3. Apotheke und Heim müssen innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.
4. Standardverträge des DAV und Govi-Verlags sind grundsätzlich genehmigungsfähig. Ggf. erfolgen im Rahmen der Genehmigung noch Hinweise zur Versorgung mit Hilfsmitteln, Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie zur Protokollierungspflicht.
5. Liefermodi bei der Versorgung eines Heimes durch mehrere Apotheken
 - Bei einem zeitlichen Turnus darf ein Mindestturnus von 3 Monaten nicht unterschritten werden. Wird ein Rotationsturnus von weniger als 6 Monaten gewählt, ist bei jedem Wechsel der Apotheke eine Überprüfung der Arzneimittelvorräte im Heim durchzuführen und zu protokollieren (siehe 7.).
 - Alternativ ist eine Versorgung getrennt nach Wohneinheiten, Stationen etc. möglich.

- Eine Versorgung getrennt nach verschreibenden Ärzten wird nicht akzeptiert, während eine Belieferung nach namentlich aufgeführten Bewohnern denkbar ist.
- 6. Verblistern bzw. Stellen von Arzneimitteln
 - Es handelt sich um eine apothekenübliche Tätigkeit, die keiner Herstellungserlaubnis bedarf, aber in den Betriebsräumen der Apotheke erfolgen muss. Die Lagerung der Anbrüche kann personenbezogen, getrennt von anderen Arzneimitteln, in der Apotheke erfolgen. In diesem Fall ist eine ständige Rufbereitschaft der Apotheke sicherzustellen.
 - Verblistern bzw. Stellen durch die Apotheke in Räumen oder auf dem Gelände des Heimes ist nicht zulässig.
 - Verblistern bzw. Stellen in Räumen des Heimes durch das Heimpersonal unterliegt nicht dem Apotheken- und Arzneimittelgesetz.
- 7. Vertragsinhalte. Der Vertrag muss mindestens folgendes regeln:
 - Die freie Wahl der Apotheke bzw. des sonstigen Leistungserbringers nach § 126 SGB V muss sichergestellt sein
 - Das Zutrittsrecht des Apothekenpersonals zu Räumen, in denen Arzneimittel gelagert werden, muss gewährleistet sein (Arzneimittel, die von Bewohnern eigenständig gekauft und in ihren Zimmern aufbewahrt werden, unterliegen nicht der Kontrolle durch die Apotheke)
 - Mindestens halbjährliche Überprüfung der bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von der Apotheke gelieferten Arzneimittel. Dokumentation in einem Protokoll in zweifacher Ausfertigung (jeweils Heim und Apotheke) mit mindestens folgenden Angaben:
 1. das Datum der Überprüfung,
 2. die Bezeichnung der Station oder der anderen Teileinheit des Heims,
 3. den Namen des Apothekers oder des anderen pharmazeutischen Personals der versorgenden Apotheke sowie der anderen an der Überprüfung beteiligten Personen,
 4. die Art und den Umfang der Überprüfung, insbesondere bezüglich
 - a) der allgemeinen Lagerungs- und Aufbewahrungsbedingungen,
 - b) der Lagerung und Aufbewahrung der Arzneimittel nach den anerkannten pharmazeutischen Regeln,
 - c) der patientenbezogenen Lagerung der gelieferten Arzneimittel, insbesondere hinsichtlich der abgegrenzten Lagerung der für die einzelnen Heimbewohner bestimmten Arzneimittel und der Aussonderung der Arzneimittel, die für ehemalige, nicht mehr im Heim lebende Heimbewohner bestimmt waren und dort zurückgelassen wurden,
 5. die festgestellten Mängel,
 6. die zur Beseitigung der Mängel veranlassten Maßnahmen,
 7. den zur Beseitigung der Mängel gesetzten Termin,
 8. Angaben über die Beseitigung früher festgestellter Mängel,
 9. die Unterschrift mit Datum des für die Überprüfung seitens der versorgenden Apotheke Verantwortlichen.
 - Mindestens jährliche Information und Beratung der Heimbewohner und des Heimpersonals. Dokumentation wer, wann, von wem, zu welchem Thema informiert wurde.

Weitere Empfehlungen: Haftungssituation mit der Versicherung abklären!

F
Nebenrecht zum Apothekenbetrieb

F

Allgemeinverfügung der LAK Hessen zur Dienstbereitschaft¹⁾

Die Landesapothekerkammer Hessen ordnet als zuständige Behörde nach § 23 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 ApBetrO folgendes an:

Die öffentlichen Apotheken in Hessen werden zu folgenden Zeiten für die Dauer der ortsüblichen Schließzeiten der Einzelhandelsgeschäfte von der Verpflichtung zur Dienstbereitschaft befreit:

montags bis freitags: 0.00 Uhr bis 9.00 Uhr,
12.00 Uhr bis 15.00 Uhr,
18.00 Uhr bis 24.00 Uhr,
sonnabends: 0.00 Uhr bis 9.00 Uhr,
12.00 Uhr bis 24.00 Uhr,

Darüber hinaus an einem Wochentag:
von 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr.

Weiterhin werden die hessischen Apotheken am 24. Dezember ab 12.00 Uhr und am 31. Dezember ab 12.00 Uhr befreit. Fallen diese Tage auf Werktage, müssen die öffentlichen Apotheken in Hessen ab 14.00 Uhr geschlossen sein.

Diese Befreiungen gelten nicht für die Tage und Tageszeiten, an denen die Apotheke durch Anordnung der zuständigen Behörde zum Notdienst verpflichtet ist.

Diese Allgemeinverfügung kann ganz oder teilweise jederzeit widerrufen werden.

Zu einer Schließung der Apotheken während der Zeit der Dienstbereitschaftsbefreiung besteht keine Verpflichtung.

Dieser Allgemeinverfügung entgegenstehende Anordnungen werden hiermit aufgehoben. Soweit aus einem wichtigen Grund über die oben genannte Zeit hinaus Befreiungen von der Dienstbereitschaft erteilt wurden, bleiben diese unberührt.

Diese Allgemeinverfügung tritt am 1. September 2012 in Kraft.

(Veröffentlicht in der DAZ Nr. 37/2012)

1) Die Landesapothekerkammer Hessen ist nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Hessisches Ladenöffnungsgesetz in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Heilberufsgesetz und § 23 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Apothekenbetriebsordnung zuständige Behörde für die Regelung der Dienstbereitschaft der Apotheken in Hessen.

Mess- und Eichwesen in Hessen

Hessische Eichdirektion¹⁾

Holzhofallee 3

D-64283 Darmstadt

Tel. (0 61 51) 95 01-0

Fax (0 61 51) 95 01-1 01

Außenstelle Darmstadt

Holzhofallee 3

64283 Darmstadt

Tel. (0 61 51) 95 01-0

Fax (0 61 51) 95 01-1 01

Außenstelle Fulda

Buttlarstraße 51

36039 Fulda

Tel. (06 61) 7 29 87

Fax (06 61) 24 07 06

Außenstelle Maintal

Robert-Bosch-Straße 20

63477 Maintal

Tel. (0 61 81) 4 40 62 10

Fax (0 61 81) 4 40 62 22

Außenstelle Wiesbaden

Hasengartenstraße 26

65189 Wiesbaden

Tel. (06 11) 50 40 49-0

Fax (06 11) 50 40 49-40

Außenstelle Gießen

Dammstraße 47

35390 Gießen

Tel. (06 41) 9 30 31 23

Fax (06 41) 9 30 31 24

Außenstelle Kassel

Karthäuserstraße 21

34117 Kassel

Tel. (05 61) 1 30 11

Fax (05 61) 10 32 19

F

1) Mit der Verordnung über die Zuständigkeiten im Eichwesen vom 6. Dezember 2003 wurden die Eichämter und das Glaseichamt in die Hessische Eichdirektion eingegliedert. Die ehemaligen Eichämter bestehen als Außenstellen fort.