

Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf ab 01.01.2019

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
 - der IKK classic,
Tannenstr 4b, 01099 Dresden
(handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
 - dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse (SVLFG),
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)
 - der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 - und den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkassen (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-
Landesvertretung Niedersachsen, An der Börse 1, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

§ 1

Grundsätze der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Diese Vereinbarung gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Niedersachsen teilnehmenden Ärzte. Bestehende Sonderregelungen sind hiervon nicht berührt (z. B. Pauschalierung bei Notfallambulanzen).
- (2) Als Sprechstundenbedarf gelten die in den Anlagen 1 und 2 aufgeführten Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei sofortiger Anwendung/Überwindung eines lebensbedrohenden Zustandes erforderlich sind. Für die Beschaffung gelten die in den Anlagen vereinbarten Regelungen.
- (3) Der vom Arzt verordnete Sprechstundenbedarf muss zur Zahl der Behandlungsfälle und zur Praxisausrichtung in einem angemessenen Verhältnis stehen.
- (4) Die Verordnung von Mitteln des Sprechstundenbedarfs ist nur für die ambulante Behandlung von Versicherten zulässig. Bei stationärer und belegärztlicher Behandlung ist die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf unzulässig.
- (5) Mittel, deren Kosten nach dem jeweils gültigen EBM in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, dürfen nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden.
- (6) Alle gesetzlichen Regelungen, Verordnungen und Vereinbarungen sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln sowie über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung sind vom Arzt zu beachten. Eine Verordnung von nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossenen - jedoch in der Anlage 1 aufgeführten - Hilfsmitteln ist zulässig, wenn sie ausschließlich für oder im unmittelbaren Anschluss an diagnostische oder therapeutische Eingriffe angewendet werden.
- (7) Soweit als zulässiger Sprechstundenbedarf Fertigarzneimittel verordnet werden, müssen diese beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder beim European Medicinal Evaluation Agency (EMA) registriert oder zugelassen und allgemein in Apotheken erhältlich sein.
- (8) Arzneimittel dürfen nur gemäß ihrer Zulassung eingesetzt werden.

§ 2

Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

- (1) Bei der Verordnung und Verwendung von Sprechstundenbedarf ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) zu beachten.
- (2) Sind von einem Mittel größere Mengen zu ersetzen, sind preisgünstige Großpackungen oder Bündelpackungen für einen Quartalsbedarf zu verordnen.
- (3) Als Sprechstundenbedarf bezogene Arzneimittel dürfen grundsätzlich nicht an Patienten zur Anwendung außerhalb der Praxis ausgehändigt werden (Dispensierverbot).
- (4) Die nach den §§ 44 bis 47 Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über die Apotheken ausgenommenen Arzneimittel sollen direkt beim Hersteller oder beim Großhandel bezogen werden.
- (5) Die Festbetragsregelung nach § 35 SGB V sowie die aut-idem-Regelung nach AABG gelten auch bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf.
- (6) Bei der Verordnung sind grundsätzlich Lieferanten und/oder Mittel zu berücksichtigen, für die die GKV Krankenkassen in Niedersachsen gemeinsam und einheitlich Verträge und/oder Preisvereinbarungen abgeschlossen haben und die durch die Vertragspartner bekannt gegeben sind, soweit ein Benehmen mit der KVN hergestellt wird. Die GKV-Krankenkassen informieren die KVN über entsprechende Vereinbarungen. Die KVN informiert die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

§ 3

Verordnungsfähigkeit von Mitteln

- (1) Die Verordnung von Mitteln des Sprechstundenbedarfs ist nur für die ambulante Behandlung von Mitgliedern (einschließlich Rentnern), Familienversicherten und Anspruchsberechtigten
 - der AOK
 - der Betriebskrankenkassen
 - der Innungskrankenkassen
 - der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
 - der Ersatzkassen
 - der KNAPPSCHAFT
 - der Sozialhilfeträger
 - der Bundeswehr
 - der Bundespolizei
 - des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgabenzulässig.

- (2) Mittel, die nur für einen Kranken bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind daher unter Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen. Soweit solche Mittel für den Patienten, auf dessen Namen sie verordnet sind, nicht mehr benötigt werden und in der Praxis verbleiben, werden diese dem Sprechstundenbedarf zugeführt.
- (3) Hilfsmittel sind grundsätzlich nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig, sondern auf den Namen des Patienten zu verordnen. Ausgenommen sind die in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmittel. Hilfsmittel im Sinne der GKV sind ausschließlich die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte. Hilfsmittel können nur über Hersteller oder Lieferanten bezogen werden, mit denen die Krankenkassen Verträge gem. §127 SGB V abgeschlossen haben oder für die Krankenkassen im Einzelfall eine Vereinbarung treffen. § 2 Abs. 6 letzter Satz gilt entsprechend.
- (4) Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit den Gefäßen anfallenden Kosten für in Apotheken hergestellte oder abgefüllte Mittel werden nicht bezahlt. Gefäße für den Sprechstundenbedarf bei Direktbezug von anderen Lieferanten werden ebenfalls nicht bezahlt. Auch Mietkosten von Gefäßen (Behälter, Flaschen) für medizinische Gase sind vom Sprechstundenbedarf ausgeschlossen.

§ 4

Verfahren der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Der Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich kalendervierteljährlich zu beziehen. Er ist spätestens bis zum Ende des laufenden Quartals zu verordnen. Ausgenommen hiervon sind Impfstoffverordnungen (siehe Anlage 2) und Verordnungen nach § 2 Abs. 4 dieser Vereinbarung.
- (2) Die erforderliche Beschaffung der Grundausrüstung der Praxis darf nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Grippeimpfstoffe dürfen bestellt werden, sie gehören nicht zur Grundausrüstung. Alle anderen Impfstoffe gehören zur Grundausrüstung. Die erste Ersatzbeschaffung darf im Rahmen dieser Vereinbarung erst zum Ende des Quartals der Praxiseröffnung verordnet werden.
- (3) Die Verordnung erfolgt zu Lasten einer von den Verbänden der Krankenkassen beauftragten Abrechnungsstelle, im Folgenden: Abrechnungsstelle (s. Anlage 3) auf einem oder mehreren Arzneiverordnungsblättern (Muster 16). Das Markierungsfeld 9 dieses Vordruckmusters ist durch Eintragen der Ziffer 9 zu kennzeichnen. Bei Impfstoffen ist zusätzlich das Markierungsfeld 8 durch Eintragen der Ziffer 8 zu kennzeichnen. Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist entsprechend die Ziffer 7 in das Markierungsfeld 7 einzutragen.

- (4) Das Verordnungsblatt muss vollständig ausgefüllt sein, (Abrechnungsstelle, Kennziffer (7), (8) und (9), Ausstellungsdatum, Arztname, Arztnummer (LANR), (Neben)Betriebsstättennummer und Unterschrift sowie genaue Artikelbezeichnung und Menge). Der verordnete Bedarf muss jeweils sofort in vollem Umfang bezogen werden; eine Depotlagerung in der Apotheke ist nicht zulässig.
- (5) Der Bezug von Aktiv-Impfstoffen nach den Impfvereinbarungen für Primärkassen und Ersatzkassen erfolgt gem. Anlage 2.
- (6) Betäubungsmittel als Sprechstundenbedarf sind mit dem besonderen BTM-Verordnungsblatt zu beziehen. Dabei sind die Regelungen der BTM-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- (7) Bezieht der Vertragsarzt aus Gründen nach § 2 Abs. 4 dieser Vereinbarung Mittel in preisgünstigen Großpackungen direkt vom Hersteller oder einem pharmazeutischen Großhändler, reicht der Vertragsarzt die Rechnung unter Beifügung des Verordnungsblattes nach Abs. 3 zur direkten Begleichung an die von den Krankenkassen beauftragte Abrechnungsstelle weiter. Der Vertragsarzt bestätigt die auftragsgemäße Lieferung und den vollständigen Erhalt der Mittel auf der Rechnung mit Vertragsarztstempel und Unterschrift und dem Vermerk: „**SSB erhalten**“. Die Abrechnungsstelle ist berechtigt, Rechnungen ohne diesen Vermerk und Unterschrift des Arztes zurückzuweisen.
- (8) Die Abrechnungsstelle überweist den Rechnungsbetrag gemäß den jeweiligen Vertrags- oder Vereinbarungsbedingungen, an die Lieferfirma. Eine Prüfung nach § 5 bleibt davon unberührt.

§ 5

Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Zulässigkeit von Sprechstundenbedarf

Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Zulässigkeit der Sprechstundenbedarfsverordnungen finden die Regelungen der gemeinsamen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V Anwendung.

§ 6

SSB Kommission

- (1) Die Vertragspartner bilden zur Überwachung der Umsetzung und qualitativen Weiterentwicklung dieses Vertrages, vornehmlich der Anlage 1, eine SSB Kommission.
- (2) Die SSB Kommission besteht aus Vertretern der Verbände und Vertretern der KVN. Die Abrechnungsstelle ist beratendes Mitglied. Die SSB Kommission tagt in nichtöffentlicher Sitzung.
- (3) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens 2 Vertreter der Verbände und 2 Vertreter der KVN anwesend sind. Beschlüsse werden einstimmig gefasst. Die SSB Kommission kann im Rahmen der Beschlussfindung ärztlichen Sachverstand beratend hinzuziehen.
- (4) Die Abrechnungsstelle übernimmt die Sitzungsleitung und die Einladung der Mitglieder. Über die Sitzungen der SSB Kommission ist durch den Einladenden eine Ergebnisniederschrift anzufertigen und mit den Teilnehmern der SSB Kommission abzustimmen.
- (5) Die SSB Kommission hat folgende Aufgaben:
 - Beschlussfassung über die Aufnahme, Streichung oder Veränderung der in Anlage 1 zu diesem Vertrag festgeschriebenen Regelungen und Festsetzung des Wirksamkeitsdatums.
 - Beratung und Abgabe einer Stellungnahme zu Einzelfragen auf Antrag eines Vertragspartners.
 - Abgabe einer Beschlussempfehlung an die KVN / Krankenkassen zur Entscheidung von Einzelfragen.
 - Beschlussfassung und Abgabe einer Empfehlung an die Vertragspartner zur Modifikation bzw. Ergänzung dieses Vertrages.
 - Aktualisierung der SSB-Arbeitshilfen für die einzelnen Fachgruppen.
 - Erstellung eines Newsletters über aktuelle Themen an die Ärzte.
- (6) Die Kosten für die Entsendung der Teilnehmer an Sitzungen der SSB Kommission trägt die jeweils entsendende Stelle.
- (7) Die SSB Kommission tagt mindestens einmal im Quartal. Eine Beschlussfassung im schriftlichen Verfahren ist zulässig, wenn kein Mitglied der SSB Kommission widerspricht.

- (8) Einstimmige Beschlüsse zu Aufnahme, Streichung oder Veränderung der in Anlage 1 zu diesem Vertrag festgeschriebenen Regelungen der SSB Kommission haben bindende Wirkung, wenn nicht binnen eines Monats nach dem Tag der Beschlussfassung ein Vertragspartner schriftlich Einspruch erhebt. Die schriftliche Anzeige gegenüber der KVN ist in jedem Fall binnen eines Monats erforderlich.
- (9) Bleibt ein Beschluss ohne Einspruch, wird er nach Ablauf des Monats in die Anlage 1 eingefügt und die Anlage 1 neu veröffentlicht.

§ 7

Statistiken, Informationsaustausch

- (1) Die KVN übermittelt innerhalb von 18 Wochen nach Quartalsende der Abrechnungsstelle die quartalsweisen Fallzahlen und Impffrequenzen unterteilt nach Kassenarten und einzelnen Krankenkassen, differenziert nach den Abrechnungsnummern der einzelnen Impfungen.
- (2) Die Abrechnungsstelle übermittelt der KVN spätestens innerhalb von 10 Monaten nach Quartalsende eine quartalsweise Statistik über beanstandete Mittel nach § 5 unter Benennung der Häufigkeiten, soweit vorhanden der Pharmazentralnummern und der Kosten in elektronischer Form. Erlangt die Abrechnungsstelle oder ein Vertragspartner Kenntnis über neue Mittel, die als SSB vermarktet werden sollen, informiert diese/dieser die übrigen Vertragspartner.

§ 8

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.01.2019 in Kraft und ersetzt die bisherige SSB Vereinbarung vom 01.10.2014. Sie gilt für die ab Inkrafttreten anfallenden Sprechstundenbedarfsanforderungen. Verordnungen der Quartale bis 31.12.2018 werden materiell rechtlich nach den Regelungen der bis dahin geltenden SSB Vereinbarung behandelt.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (3) Die Anlagen 1, 2 und, 3 sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlage 1 kann auch ohne Kündigung durch einen Beschluss der SSB Kommission unter Angabe des Wirksamkeitsdatums angepasst werden. Bis zum Beschluss der SSB Kommission gilt Anlage 1 in der bis dahin gültigen Fassung.

Hannover, den 12.09.2018

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung
Niedersachsen Bremen, Sachsen-Anhalt

IKK classic (handelnd als Landesverband nach
§ 207 Abs. 4a SGB V)

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landes
verbandes nach § 36 KVLG 1989)

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen -

Anlage 1 – Liste zum Sprechstundenbedarf

Anlage 2 – Bezug von Aktivimpfstoffen

Anlage 3 – Abrechnungsstelle