

– Lesefassung –

Vereinbarung

über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

***zuletzt geändert durch den 4. Nachtrag
in der ab 1. Januar 2020 gültigen Fassung***

zwischen



der Kassennärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mainz
- nachfolgend „KV RLP“ genannt -

und



der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland - Die Gesundheitskasse,
Eisenberg



dem BKK-Landesverband Mitte, Hannover



der IKK Südwest, Saarbrücken



der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Speyer,
zugleich auch handelnd als Landesverband für die



Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel

den Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz

BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
DAK-Gesundheit
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK – Hanseatische Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz -,
Mainz



der Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion
Saarbrücken

- nachfolgend „Krankenkassen“ genannt -

I. Begriff und Abgrenzung

1. Bei Sprechstundenbedarf handelt es sich um Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der ambulanten Behandlung in der Praxis benötigt werden oder die bei Notfällen bzw. zur Sofortbehandlung zur Verfügung stehen müssen und deren Kosten nicht zu den allgemeinen Praxiskosten gehören. Verordnungsfähig sind nur die in **Anlage 1** dieser Vereinbarung aufgeführten zulässigen Mittel.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in **Anlage 1** dieser Vereinbarung aufgeführten Mittel nicht unter den Anwendungsbereich des § 128 Abs. 1 SGB V fallen.

2. Mittel, bei denen der Packungsinhalt nur für einen Patienten bestimmt ist, stellen grundsätzlich keinen Sprechstundenbedarf dar (ausgenommen Impfstoffe und Mittel zur Notfall- bzw. Sofortbehandlung). Mittel, die für mehrere Patienten verwendet werden können, stellen bei geplanten Behandlungen ebenfalls keinen Sprechstundenbedarf dar (ausgenommen ärztliche Eingriffe). Die entsprechenden Mittel sind jeweils mit Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen. Mittel, die auf den Namen des Patienten verordnet werden und deren Packungsinhalt nicht vollständig verbraucht wird, sind - soweit sie in der Praxis verbleiben - dem Sprechstundenbedarf „Krankenkassen“ zuzuführen.
3. Für Sprechstundenbedarf gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Der Sprechstundenbedarf soll nur in solchen Mengen verordnet werden, die für die einzelne Praxis am wirtschaftlichsten sind und in angemessenem Verhältnis zu der Zahl der Behandlungsfälle sowie dem abgerechneten Leistungsspektrum bei den in Abschnitt II genannten Anspruchsberechtigten stehen. Sind von einem Mittel größere Mengen zu ersetzen, sind preisgünstige Groß-, Klinik- oder Bündelpackungen zu verordnen. Ferner ist der Arzt angehalten, bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf einen günstigen Bezugsweg zu wählen und - soweit verfügbar - Generika zu verordnen.
4. Der Sprechstundenbedarf soll möglichst nur einmal im Quartal verordnet werden und den Verbrauch ersetzen. Als verbraucht im Sinne dieser Regelung gelten auch Arzneimittel im Rahmen der Notfallmedikation bei lebensbedrohlichen Umständen, bei denen das Verfallsdatum abgelaufen ist. Der Ersatz kann als Naturalleistung oder auf dem Wege der Kostenerstattung erfolgen. Die Kostenerstattung muss spätestens innerhalb des auf die Bestellung folgenden Quartals geltend gemacht werden; in begründeten Ausnahmefällen ist dies auch bis zu einem halben Jahr möglich.
5. Die zu Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit – auch Praxisübernahme - erforderliche Beschaffung der Grundausstattung der Praxis kann nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Der Ersatz für verbrauchten Sprechstundenbedarf aus der Erstbeschaffung kann im Rahmen dieser Vereinbarung erst nach einem Kalendervierteljahr verordnet werden. Narkose-, Röntgenkontrastmittel, Impfstoffe sowie injizierbare Diagnostika können bereits im ersten Quartal der Zulassung verordnet werden.
6. Wieder verwendbare Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit diesen Gefäßen anfallenden Kosten für in Apotheken hergestellte oder abgefüllte Mittel werden nicht erstattet; dies gilt sinngemäß auch beim Direktbezug von anderen Lieferanten.
7. Die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf ist bei stationärer Behandlung - auch bei belegärztlicher Behandlung - nicht zulässig.

8. In den berechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist -

- allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets,
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen,
- Kosten für Filmmaterial,
- Transport- und Versandkosten

enthalten.

Eine Abrechnung im Rahmen des Sprechstundenbedarfs ist insoweit nicht zulässig.

Die in **Anlage 1** zum Sprechstundenbedarf zulässigen Artikel sind dann nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig, wenn sie im Rahmen solcher ärztlicher Tätigkeiten verwendet werden, für die es z. B. eine EBM-Regelung oder eine durch eine besondere Vereinbarung festgelegte Sachkostenpauschale unter Einschluss dieser Artikel gibt.

9. Festbetragsregelungen gemäß § 31 Abs. 2 SGB V (Arzneimittel) und § 33 Abs. 2 SGB V (Hilfsmittel) sind bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf zu beachten. Werden Arzneimittel / Hilfsmittel, deren Kosten die zugrunde liegenden Festbeträge übersteigen, als Sprechstundenbedarf verordnet, so müssen die Mehrkosten vom Vertragsarzt selbst getragen werden.

10. Die Vereinbarung gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen. Bestehende Sonderregelungen sind hiervon nicht berührt.

II. Berechtigte

Der nach dieser Vereinbarung bezogene Sprechstundenbedarf ist ausschließlich für Anspruchsberechtigte der

- Allgemeinen Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- Krankenkasse für den Gartenbau,
- Landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- Ersatzkassen,
- Knappschaft,

- und den Personenkreis nach § 264 SGB V (Sozialhilfeempfänger), der Leistungen über eine GKV-Versichertenkarte von einer der zuvor genannten Krankenkassen in Anspruch nimmt,

sowie für die nachstehend genannten Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften einen Anspruch auf Gewährung von Heilfürsorge haben,

- Bundeswehrangehörige,
- Bundespolizeiangehörige und
- Polizeivollzugsbeamte der Bereitschaftspolizei Rheinland-Pfalz,

zu verwenden.

III. Nichtberechtigte

Nicht zulässig ist die Verwendung von Sprechstundenbedarf u. a. für

- Privatpatienten bzw. Mitglieder der privaten Krankenversicherung,
- Personen, die aufgrund eines Bundesbehandlungsscheines bzw. BVFG-Scheines nach dem
 - Bundesentschädigungsgesetz (BEG),
 - Bundesseuchengesetz (BSeuchG),
 - Bundesversorgungsgesetz (BVG),
 - Bundesvertriebenengesetz (BVFG),
 - Häftlingshilfegesetz (HHG),
 - Heimkehrergesetz (HKG),
 - Opferentschädigungsgesetz (OEG),
 - Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
 - Zwischenstaatlichen Abkommen (auch Grenzgänger),

betreut werden,

- Personen, bei denen der Sozialhilfeträger unmittelbarer Kostenträger ist (mit Berechtigungsschein des Sozialamtes),
- Unfallverletzte bei Arbeits- und Wegeunfällen und Patienten mit anerkannten Berufskrankheiten, bei denen Zahlungspflicht eines Unfallversicherungsträgers besteht,
- Versicherte der Sonstigen Kostenträger, z. B. Postbeamte A und B, Bundesbahnbeamte.

IV. Verordnung von Sprechstundenbedarf

1. Der Sprechstundenbedarf für die Anspruchsberechtigten ist zu Lasten des nachfolgend genannten Kostenträgers zu verordnen:

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland - Die Gesundheitskasse

2. Die Verordnung des Sprechstundenbedarfs wird von den Ärzten auf dem vereinbarten Arzneiverordnungsblatt (zurzeit Muster 16, in den entsprechenden Fällen auf dem durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vorgeschriebenen besonderen Verordnungsblatt) unter Kennzeichnung des Statusgruppenfeldes 9 mit Datums- und Quartalsangabe vorgenommen. Auf der Verordnung ist die Betriebsstättennummer (BS-NR) und die lebenslange Arztnummer (LANR) anzugeben. Je Arzneiverordnungsblatt können max. 3 Positionen aufgeführt werden.

Hilfsmittel sind separat von sonstigen Sprechstundenbedarfsartikeln zu rezeptieren. Bei der Anforderung von Hilfsmitteln sind die Felder 7 und 9 zu kennzeichnen. Die statistische Zuordnung der Verordnung erfolgt zu dem Quartal, in dem die Verordnung ausgestellt wurde.

3. Jede Anforderung muss von dem Vertragsarzt eigenhändig unterschrieben und mit dem Vertragsarztstempel versehen werden. Im Übrigen gelten hinsichtlich der Ausfüllung der Verordnung die Regelungen des Bundesmantelvertrages und seiner Anlagen. Grundsätzlich soll die Anforderung des Sprechstundenbedarfs jeweils im dritten Quartalsmonat erfolgen.
4. Die nach den §§ 44 oder 47 des Arzneimittelgesetzes in der jeweiligen Fassung von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über die Apotheken ausgenommenen Mittel (z. B. Verbandmittel, Röntgenkontrastmittel, Infusionslösungen mit mindestens 500 ml pro Einheit, injizierbare Diagnostika) sollen direkt vom Hersteller oder Großhandel bezogen werden, wenn ein solcher Direktbezug wirtschaftlicher ist. Dabei sollen alle Verbandmittel (Pflaster, Binden usw.) möglichst ohne Angabe des Firmennamens bzw. ohne Nennung der Markenbezeichnung verordnet werden.
5. Erfolgt der Bezug des Sprechstundenbedarfs nach Abschnitt IV Nr. 4 so ist die Rechnung des Lieferanten mit der Verordnung des Arztes der AOK einzureichen. Aus der Rechnung müssen Art und Menge des Mittels und die Kosten der Lieferung im Einzelnen sowie ggf. der vom Vertragsarzt verauslagte Betrag ersichtlich sein.

Die AOK begleicht den Rechnungsbetrag oder erstattet die vom Vertragsarzt gezahlte Summe auf Anforderung. Dem Arzt gewährte Rabatte – auch Naturalrabatte – sind an die AOK weiterzugeben.

6. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln / Medizinprodukten in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) sowie alle einschlägigen Gesetze, Rechtsverordnungen (insbesondere die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) und Vereinbarungen über die Verschreibung von Arzneimitteln sind in ihrer jeweils gültigen Fassung bei der Verordnung des Sprechstundenbedarfs entsprechend anzuwenden. Soweit als zulässiger Sprechstundenbedarf Fertigarzneimittel verordnet werden, müssen diese beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder bei der European Medicinal Evaluation Agency (EMA) registriert oder zugelassen und allgemein in Apotheken erhältlich sein; dies gilt auch für den Bezug von Fertigarzneimitteln als Import aus dem Ausland.

V.

Verordnung von Impfstoffen als Sprechstundenbedarf

1. Impfstoffe für Anspruchsberechtigte sollen grundsätzlich als Sprechstundenbedarf verordnet werden, sofern diese Impfstoffe für Schutzimpfungen verbraucht werden, welche aufgrund der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20 d Abs. 1 SGB V (SI-RL) oder aufgrund vertraglicher Bestimmungen von **allen** Krankenkassen als Leistung übernommen werden.
Impfstoffe sind separat von sonstigen Artikeln im Sprechstundenbedarf zu verordnen. Bei dem Bezug von Impfstoffen sind auf dem Verordnungsvordruck (Muster 16) die Felder 8 und 9 zu kennzeichnen. Dabei ist auch bei dem Bezug einzelner Impfstoffe kein Versichertenname, sondern als Kostenträger die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland auf dem Ordnungsblatt anzugeben.
2. Die Bestellung der Impfstoffe im Rahmen des Sprechstundenbedarfs hat bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erfolgen und nur in solchen Mengen, die in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle stehen. Hierbei kann sich der Arzt / die Praxis auch an dem Verbrauch des Vorjahres orientieren. Die Verordnung soll anhand wirtschaftlicher Packungsgrößen erfolgen. Im Zweifelsfall sollte – um einem Verfall der Impfstoffe vorzubeugen - die nächst kleinere Packungsgröße des jeweiligen Impfstoffs verordnet werden. Entgegen den Ausführungen in Ziffer I. Nummer 4, 1. Satz ist bei der Verordnung von Impfstoffen über den Sprechstundenbedarf die mehrfache Verordnung im Quartal möglich um einen wirtschaftlichen Bezug zu gewährleisten.
3. Ab dem II. Quartal 2012 wird hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Verordnung von Impfstoffen im Sprechstundenbedarf wie folgt verfahren:
 - 3.1 Jede Praxis übersendet der KV RLP zusammen mit ihrer Honorarabrechnung für das zweite Quartal eines Jahres eine Inventurliste, welche die Anzahl der in der Praxis noch vorhandenen und zu Lasten der GKV (Berechtigte nach II) über Sprechstundenbedarf verordneten Impfdosen bezogen auf die einzelnen Impfstoffe zum Stichtag 30.06. des jeweiligen Jahres beinhaltet. Die KV RLP stellt die Inventurlisten der Gemeinsamen Prüfungsstelle zur Verfügung. Der vorhandene Bestand wird bei der Prüfung der über den Sprechstundenbedarf bezogenen Impfstoffe im Verhältnis zu den abgerechneten Leistungen (Abrechnungsfrequenzen) berücksichtigt. Die SSB-Stelle stellt der Gemeinsamen Prüfungsstelle im Laufe des vierten Quartals eine praxisbezogene Übersicht der über den Sprechstundenbedarf bezogenen Impfstoffe (Stand 30.06. des jeweiligen Jahres) zur Verfügung.
 - 3.2 Die KV RLP übermittelt der Gemeinsamen Prüfungsstelle im Laufe des vierten Quartals eine arztbezogene Übersicht mit den Abrechnungsfrequenzen der einzelnen Impfungen. Die Gemeinsame Prüfungsstelle übersendet den Vertragspartnern im Laufe des ersten Quartals des Folgejahres eine arztbezogene Übersicht der Abrechnungsfrequenzen und der über den Sprechstundenbedarf verordneten Impfdosen sowie den vorhandenen Bestand nach den Inventurlisten.
 - 3.3 Die Krankenkassen und die KV RLP verständigen sich in Abstimmungsgesprächen darüber, inwieweit bei Ärzten ein Antrag auf Wirtschaftlichkeitsprüfung gestellt wird. Hierbei sind die in der **Anlage 2** zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Kriterien anzuwenden.

VI. Prüfung des verordneten Sprechstundenbedarfs

1. Die Prüfung des Sprechstundenbedarfs erfolgt auf Ebene der Betriebsstätte (einschließlich evtl. Nebenbetriebsstätten) durch die Gemeinsame Prüfungseinrichtung in Form von
 - a) sachlich-rechnerischen Berichtigungen und
 - b) Prüfanträgen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
2. Werden andere als die nach der Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zulässigen Mittel verordnet, so sind die hierdurch entstandenen Kosten von der Gemeinsamen Prüfungseinrichtung im Wege sachlich-rechnerischer Richtigstellung festzusetzen und vom Vertragsarzt zu erstatten. Die zu diesem Zwecke erforderlichen Anträge auf Erstattung können sich nur auf Verordnungen von unzulässigen Mitteln beziehen, deren Ausstellungsdatum in ein Kalendervierteljahr fällt, das nicht länger als 12 Monate zurück liegt. Bei Anträgen der Krankenkassen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist die KV RLP berechtigt, Stellungnahmen im Verfahren abzugeben.
3. Bei Verordnungen unzulässiger Mittel bezogen auf die jeweilige Arztpraxis bis 50,00 EUR (brutto = aufgedruckter Abrechnungspreis auf Muster 16) pro Quartal wird ein Erstattungsantrag durch die Krankenkasse nicht gestellt; in diesem Fall wird die Praxis auf die Unzulässigkeit der Verordnung(en) hingewiesen. Bei trotz entsprechenden Hinweises sich diesbezüglich wiederholenden Verordnungen oder in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung kann abweichend von der o. g. Geringfügigkeitsgrenze ein Antrag auf Erstattung gestellt werden.
4. Unabhängig von der Durchführung sachlich-rechnerischer Richtigstellungen erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf durch die Gemeinsame Prüfungseinrichtung nach den Bestimmungen der zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KV RLP getroffenen Prüfvereinbarung. Dabei sollen die Verordnungen von vier aufeinander folgenden Kalendervierteljahren im Zusammenhang als Beurteilungsgrundlage herangezogen werden.
5. Bei Anträgen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung finden vor der Antragstellung zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von ihnen Bevollmächtigten Koordinationsgespräche mit dem Ziel statt, Empfehlungen an die Prüfungsstelle zu geben, bei welchen Ärzten eine weitergehende Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Sprechstundenbedarfs erfolgen soll.

VII. Inkrafttreten und Kündigung

1. Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.04.2012 einschließlich der Anlagen 1 und 2 in Kraft. Sie gilt für die Prüfung der Abrechnungsquartale ab dem I. Quartal 2011 und ersetzt die bisher gültige Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf.
2. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2013, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung sind im Einvernehmen der Vertragspartner auch ohne Kündigung möglich.

3. Im Falle der Kündigung gilt diese Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung vorläufig fort.
4. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein oder werden, so folgt daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit der gesamten Vereinbarung. Es erfolgt eine Anpassung der unwirksamen Bestimmung an die gesetzliche Vorschrift, die dem Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

Saarbrücken, Eisenberg, Mainz, Speyer, 28.03.2012

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland

Dr. Sigrid Ultes-Kaiser
Vorsitzende des Vorstandes

Walter Bockemühl
Vorstandsvorsitzender

BKK-Landesverband Mitte

IKK Südwest

Armin Schimsheimer
Der Leiter der Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Frank Spaniol
Vorstand

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz
und Saarland

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Helmut Heinz
Direktor

Martin Schneider
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Knappschaft
Regionaldirektion Saarbrücken

Armin Beck
Leiter der Regionaldirektion