

Sprechstundenbedarfsvereinbarung

für den Freistaat Thüringen

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
(im Folgenden KV Thüringen genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch Frau Andrea Epkes,
- BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4, 30171 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

(im Folgenden Krankenkassen genannt)

I. Anwendungsbereich

1. Der Sprechstundenbedarf für Anspruchsberechtigte

der Allgemeinen Ortskrankenkassen
der Betriebskrankenkassen
der Innungskrankenkassen
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
der Knappschaft
der Ersatzkassen
der Freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Polizei)

ist zu Lasten der AOK PLUS zu verordnen.

2. Der nach dieser Vereinbarung verordnete Sprechstundenbedarf ist nur für die ambulante Behandlung von Mitgliedern (einschließlich Rentnern) und Familienversicherten bzw. nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V gleichgestellten Anspruchsberechtigten der Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen sowie der Knappschaft zu verwenden.

Die Abgeltung von Mitteln des Sprechstundenbedarfs aus dem zu Lasten der Krankenkassen bezogenen Bestand für Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge nach § 75 Abs. 3 SGB V erfolgt nach gesonderten Vereinbarungen zwischen den Trägern der Freien Heilfürsorge, der KV Thüringen und den Krankenkassen.

3. Nicht zulässig ist die Verordnung von Sprechstundenbedarf nach dieser Vereinbarung für

- a) Privatpatienten bzw. Mitglieder einer privaten Krankenversicherung
- b) nicht gesetzlich krankenversicherte Anspruchsberechtigte nach dem Bundessozialhilfegesetz und dem Asylbewerberleistungsgesetz, sofern sie nicht unter die Bestimmung des § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V fallen
- c) Personen im Sinne des § 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V
- d) Unfallverletzte bei Arbeits- und Wegeunfällen, bei denen Zahlungspflicht eines Unfallversicherungsträgers besteht
- e) Personen, die betreut werden, nach dem
 - Bundesversorgungsgesetz aufgrund eines Bundesbehandlungsscheines,
 - Bundesentschädigungsgesetz,
 - Häftlingshilfegesetz,
 - Opferentschädigungsgesetz,
 - Soldatenversorgungsgesetz.

4. Die Vereinbarung gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teilnehmenden Ärzte und MVZ sowie Nichtvertragsärzte, die mit Genehmigung der KV Thüringen am organisierten ärztlichen Notdienst teilnehmen. Ausgeschlossen von dieser Vereinbarung sind zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 95 SGB V, Universitätspolikliniken im Rahmen des § 117 SGB V und Ärzte bzw. Einrichtungen mit Vereinbarungen über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V, wenn eine pauschale Vergütung des Sprechstundenbedarfs erfolgt.

II. Begriff und Begrenzung des Sprechstundenbedarfs

1. Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Berechtigten zur Verfügung stehen müssen. Bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf sind nur die unter Abschnitt IV. dieser Vereinbarung aufgeführten Mittel verordnungsfähig.

Bei der Auswahl der Mittel und der Packungsgrößen sind beim Bezug von Sprechstundenbedarf alle Wirtschaftlichkeitsvorteile zu nutzen, die sich aus der Verordnung größerer Packungseinheiten gegenüber patientenbezogenen Verordnungen ergeben.

Ein ersatzweiser Bezug anderer Mittel oder Artikel ist nicht zulässig.

2. Der vom Vertragsarzt verordnete Sprechstundenbedarf hat den Bedürfnissen der Praxis zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle bzw. zur Zahl der erbrachten einzelnen Leistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen.
3. Die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf ist bei stationärer Behandlung - auch bei belegärztlicher Behandlung - nicht zulässig.
4. Mittel, die nur für einen Kranken bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind daher mit Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen. Soweit solche Mittel für den Patienten, auf dessen Namen sie verordnet wurden, nicht mehr benötigt werden und in der Praxis verbleiben, sind sie dem Sprechstundenbedarf zuzuführen.
5. Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit den Gefäßen anfallenden Kosten für in Apotheken hergestellte oder abgefüllte Mittel werden nicht bezahlt. Dies gilt sinngemäß auch beim Direktbezug von anderen Lieferanten.
6. Mittel, die für Vorsorgeuntersuchungen verwendet werden und mit der Gebühr abgegolten sind, zählen nicht zum Sprechstundenbedarf.
7. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung sowie alle anderen einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen gelten auch bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf. Soweit als zulässiger Sprechstundenbedarf Fertigarzneimittel verordnet werden, müssen diese beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registriert oder zugelassen und allgemein in Apotheken erhältlich sein. Eine Verordnung von nach § 13 Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossenen Arzneimitteln als Sprechstundenbedarf ist zulässig, wenn sie ausschließlich zur Vorbereitung auf oder im unmittelbaren Anschluss an diagnostische oder therapeutische Eingriffe angewendet werden.

Soweit durch § 34 SGB V Arzneimittel und Hilfsmittel ausgeschlossen sind, gilt:

- a) Die Verordnung von nach § 34 Abs. 3 SGB V ausgeschlossenen Arzneimitteln (Negativliste) ist unzulässig.
 - b) Eine Verordnung von nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossenen Hilfsmitteln ist zulässig, wenn sie ausschließlich für oder im unmittelbaren Anschluss an diagnostische oder therapeutische Eingriffe angewendet werden.
8. Festbetragsregelungen sind bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf zu beachten. Die Krankenkasse trägt die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages.
 9. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen gemäß § 12 Abs. 6 der Arzneimittel-Richtlinie (homöopathische und anthroposophische Mittel) sind nicht zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.
 10. Rezepturen sind von der Verordnung ausgeschlossen, sofern es verordnungsfähige Fertigarzneimittel gibt. Bei längerer Nichtverfügbarkeit von Fertigarzneimitteln kann im Einzelfall nach Abstimmung zwischen den Vertragspartnern ggf. die Verordnung einer Rezeptur geprüft werden.

III. Verordnung von Sprechstundenbedarf

1. Der Sprechstundenbedarf soll grundsätzlich kalendervierteljährlich bezogen werden.
 - a) Er ist zum Ende des laufenden Quartals zu verordnen.
 - b) Die zu Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderliche Beschaffung der Grundausstattung der Praxis ist keine Kassenleistung und darf nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Die erste

Ersatzbeschaffung darf im Rahmen dieser Vereinbarung erst im nächsten auf die Praxiseröffnung folgenden Quartal verordnet werden.

- c) Die Verordnung erfolgt unter der Bezeichnung "Sprechstundenbedarf" auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) - erforderlichenfalls auf mehreren Arzneiverordnungsblättern und ist im Markierungsfeld [9] entsprechend zu kennzeichnen.
- d) Impfstoffe¹⁾, gegen die in Abschnitt IV. Punkt 9 genannten Infektionskrankheiten sind verordnungsfähig, sind aber kein Sprechstundenbedarf, sondern werden lediglich über diesen bezogen.
- e) Die Anforderung von Impfstoffen kann sowohl als Einzeldosis, wie auch in größeren Mengen gesondert im laufenden Quartal erfolgen. Hierfür hat die Verordnung - auch im Einzelfall - auf einem vom Sprechstundenbedarf gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) ohne Namensnennung des oder der Versicherten zu erfolgen.
- f) Da Impfstoffe¹⁾ nicht budgetrelevant sind, müssen auf den Verordnungen unbedingt die Markierungsfelder [8] und [9] gekennzeichnet werden.
- g) Zu beachten ist weiterhin, dass Sera- und Immunglobuline gemäß Abschnitt IV. Punkt 7 f) nicht zu den Impfstoffen gehören und deshalb das Markierungsfeld [9] gekennzeichnet werden muss.
Alle anderen Immunglobuline sind auf den Namen des Versicherten zu Lasten des jeweiligen Kostenträgers zu verordnen.
- h) Betäubungsmittel als Sprechstundenbedarf werden mit dem besonderen Betäubungsmittel-Verordnungsblatt bezogen.

2. Das Verordnungsblatt ist ordnungsgemäß auszustellen. Folgende Angaben sind erforderlich:

im Personalienfeld:

- Kostenträger – (AOK PLUS)
- Institutionskennzeichen (Feld „Kassen-Nr. IK 105998018“)
- BSNR (Feld „Betriebsstättennummer“)
- LANR (Feld „Arzt-Nr.“)
- Datum der Ausfertigung (Feld „Datum“)

über Vertragsarztstempel:

- Hauptbetriebsstättennummer
- Titel, Vor- u. Zuname des Vertragsarztes
- Gebiets-/Teilgebietsbezeichnung
- Zusatzbezeichnung
- Straße/HNR/PLZ und Ort der Betriebsstätte
- Telefon- evtl. Telefax-Nummer

Weitere Eintragungen auf dem Verordnungsblatt:

- Kennzeichnung des Markierungsfeldes
[9] Sprechstundenbedarf oder
[7] und [9] Hilfsmittel Sprechstundenbedarf oder
[8] und [9] Impfstoffe
- genaue Artikelbezeichnung und Menge
- eigenhändige Unterschrift des anfordernden Arztes

Die Weitergabe von unvollständig ausgefüllten Verordnungsblättern an Apotheken und sonstige Lieferanten ist unzulässig.

- 3. Der verordnete Sprechstundenbedarf muss jeweils sofort in vollem Umfang bezogen werden; eine Depotlagerung in der Apotheke oder bei sonstigen Lieferanten ist nicht zulässig.
- 4. Die allgemeinen Praxiskosten, insbesondere die Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen, sind durch die Gebühren für vertragsärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung abgegolten, soweit diese nichts anderes bestimmt. Sie können nicht als Sprechstundenbedarf geltend gemacht werden.

¹⁾ Sollten GO-Positionen im EBM durch Aufschlagen eines Sprechstundenbedarfsanteils aufgewertet werden (z. B. Impfstoffe/Kontrastmittel), sind diese Stoffe ab dem Zeitpunkt der Aufwertung nicht mehr zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.

IV. Aufstellung der als Sprechstundenbedarf zulässigen Mittel

1. Verband- und Nahtmaterial

- Augenklappen (unter Berücksichtigung Abschnitt II. Punkt 7)
- Binden nur:
 - Augenbinden
 - Brandbinden
 - elastische und dauerelastische Binden
 - elastische Pflasterbinden (keine Kinesiologie-Tapes/-Pflaster)
 - Gipsbinden (einschließlich Gummiabsätze)
 - Ergänzungsmaterial für Gipsverbände, z. B. Gummiabsätze, Gehsohlen, Gehstollen, Gehroller o.ä. für Gehgips nur für das Anlegen eines Unterschenkelgehgipsverbandes bei der Erstversorgung von Sprunggelenks- oder Mittelfußfrakturen (keine Gehschuhe und keine Maßanfertigungen).
 - Ideal- und Kompressionsbinden zur Notfallversorgung und Erstversorgung nach Angiographien und gefäßchirurgischen Eingriffen
 - Mullbinden
 - Ohrenbinden
 - Papierbinden
 - Stärkebinden
 - Zinkleimbinden
- Drainageschläuche und -beutel zur Wunddrainage
- Einmaldrainage-Sauggerät für ambulante Operationen einschl. Zubehör (Nadel, Schlauch, Saugbalg) außer in Verbindung mit Arthroskopien EBM 31141, 31142, 31143, 31144, 31145, 31146 und 31147 (mit Gebühr abgegolten)
- Fertighalskrawatten zur Notfallversorgung
- Gewebeklebstoff
- Kompressen (Mull, Zellstoff) - steril und unsteril, auch Salbenkompressen
- Nahtmaterial
- Ohrenklappen (unter Berücksichtigung Abschnitt II. Punkt 7)
- Platten für Schienen aus thermoplastischem Material
- Schienen
- Schlauchverbandmaterial als Meterware (z. B. Stülpa-Fertigverbände, Trikotdruckverbände)
- Schnellverbandmaterial (z. B. Heft-, Verbandpflaster)
- Stahlwolle für Kompressionsverbände
- Stützverbandmaterialien, synthetische
- Tampons, Tamponadebinden zur Wundversorgung
- Tamponade
- Tupfer (Mull, Zellstoff, Schlinggaze - steril und unsteril)
- Verbandfixiermittel
- Verbandklammern
- Verbandmull
- Verbandspray
- Watte nur:
 - Augenwatte
 - Polsterwatte
 - Verbandwatte
- Wattestäbchen mit und ohne Wattekopf (unsteril)
- Wundklammern
- Hydroaktive Wundauflagen/Hydrokolloidverbände zur sofortigen Anwendung in der Praxis – auch mit Salben und Wirkstoffen, soweit sie fest mit dem Trägermaterial verbunden sind (nur zur Notfallversorgung, nicht zur Versorgung von chronischen Wunden)
 - keine silberhaltigen Wundauflagen und keine Aktivkohleverbände
 - keine Hydrogele und keine Hydrogelverbände
- Vorlagen nach gynäkologischen Eingriffen
- Armtragetuch
- Armtragegurt
- Dreiecktragetuch
- Fingerlinge als Verbandsschutz
- Rucksackverband Meterware
- Uhrglasverbände für Notfälle

2. Mittel zur Narkose und örtlichen Betäubung

- Inhalationsnarkotika und medizinische Gase zur Narkose (Lachgas und Sauerstoff)
- Mittel zur Lokal- und Leitungsanästhesie, hiervon ausgenommen sind Anästhesiepflaster
- Mittel zur i.v. und rektalen Narkose
- Mittel zur Kryotherapie der Haut (Kohlensäureschnee, flüssiger Stickstoff o.ä.)

Kostenübernahme nur für Gasflascheninhalt

3. Wund-, Schleimhaut- und Hautdesinfektionsmittel ausschließlich zur Anwendung am Patienten

- Soweit Desinfektionsmittel zur Reinigung und Pflege ärztlichen Instrumentariums, ärztlicher Apparaturen und der Praxisräume sowie zur hygienischen Händedesinfektion von Arzt und Praxispersonal verwendet werden, gehören diese nicht zum Sprechstundenbedarf, sondern zu den Praxiskosten.
- Alkoholtupfer nur für den Notfallkoffer.

4. Reagenzien und Schnellteste

- Reagenzien und Testmaterialien, soweit diese nicht mit dem EBM abgegolten sind (neben der ungelösten Substanz für den oralen Glucosetoleranztest sind auch die Testsubstanzen für den oralen Fruktose- und den oralen Lactosetoleranztest zu subsumieren)
- Harnteststreifen ausschließlich für den qualitativen Nachweis von Eiweiß, Zucker und/oder zur Bestimmung des pH-Wertes
- Testgase zur Diffusionskapazitätsmessung und Blutgasanalyse (soweit diese nicht mit dem EBM abgegolten sind) für Pneumologen/Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde, Internisten und Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Pneumologie

5. a) Diagnostische und therapeutische Arzneimittel (unter Berücksichtigung Abschnitt II. Punkt 7)

- Aqua ad injectionem
- Aqua purificata zum Bedarf nur für augen-, lungen-, HNO-ärztliche und urologische Verrichtungen
- Augentropfen
- Einmal-Klysmen
- Gleitmittel, auch solche mit Zusatz eines Anästhetikums und/oder eines Antibiotikums (ausgenommen Sonographiegel)
- Medikamente für Angiographien, wie physiologische Kochsalzlösungen, Heparin etc., sofern sie nicht mit der EBM-Position abgegolten sind
- Methylosanilin-Lösung 0,5 % und 1,0 % zur Anwendung am Patienten
- Mittel für Inhalationen, sofern sie nicht mit der EBM-Position abgegolten sind
- Mittel für Ätzungen und Instillationen
- Mittel für Spülungen, sofern sie nicht mit der EBM-Position abgegolten sind
- Mittel zur Tuberkuloseerkennung durch Hauttest
- Spiritus dil. in kleinen Mengen für Augen- und HNO-Ärzte sowie Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
- Nasen- und Ohrentropfen für HNO-Ärzte für diagnostische und operative Eingriffe
- Patentblau
- Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe
- intraokulare Spüllösung
- Acetazolamid, oral (nur für Augenärzte)
- Antitussiva (Tropfen), im Zusammenhang mit der Bronchoskopie

5. b) Diagnostische und therapeutische Hilfsmittel

- Urodynamische Katheter im Fachgebiet Urologie und Gynäkologie
- Dauerkatheter im Notfall und zur Erstversorgung
- Infusionsbestecke inkl. Adapter
- Einmal-Infusionssysteme für intraokulare Infusion
- Einmal-Infusionskatheter
- Einmal-Infusionsnadeln
- Einmal-Biopsienadeln
- Hautstanzen für die Fachgebiete Dermatologie und Chirurgie
- Holzspatel (unsteril)
- Holzstäbchen
- Kirschnerdrähte u. ä. Osteosynthesematerial (sofern es nicht auf Patientennamen abgerechnet werden kann)

- Pleurapunktionsbestecke
- spezielle Hilfsmittel für bildgebende Verfahren in der Radiologie, sofern sie nicht mit der EBM-Position abgegolten sind
- Periduralkanülen, -nadeln, Spinalkanülen, Plexusnadeln und Stimplexkanülen (nur für Regionalanästhesie und Schmerztherapie), keine Sets
- Urinauffangbeutel für Kinder
- Aderlassbestecke (bestehend aus Venenpunktionskanüle, Verbindungsleitung, Anschlusskanüle, Vakuumflasche)
- Inhalierhilfen/Spacer im Notfall für Kinder bis zum 5. Lebensjahr
- Hämo-/Endoclips, exklusive Applikator
- Portkanülen/-nadeln
- Gummifingerlinge (Einmalfingerlinge)
- Paukenröhrchen
- Wundbenzin
- Einmalembotomiekateter
- Kontaktflüssigkeit, -gel zur Durchführung von Kontaktglasuntersuchungen (Augenärzte)
- Pinsel Augen, Hals (Einmalartikel)
- Applikationshilfen für Salben (Einmalartikel)
- Verschlussstopfen

6. Arzneimittel zur externen Anwendung bei mehreren Patienten,

d. h. apothekenpflichtige Arzneimittel, die je nach dem Fachgebiet bei mehr als einem Patienten sofort in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung anzuwenden sind und üblicherweise mit einem nur geringen Teil einer Handelspackung vom Arzt appliziert werden, nicht mit der EBM-Gebühr abgegolten sind und nicht zur Pflege dienen:

- Puder
- Pulver
- Sprays mit Arzneistoffen zur Wundversorgung
- Salben/Gele (lokale Antirheumatika/Antiphlogistika nur zur Iontophorese)
- Lösungen

7. Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung

Für die sofortige Anwendung oder für die Anwendung im unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff sind in geringen Mengen als Sprechstundenbedarf zulässig:

- a) schmerzstillende, krampflösende und beruhigende Mittel (Betäubungsmittel im Rahmen der BTM-Verordnung auf besonderem Verordnungsblatt, in einer für das Patientenalter zugelassenen, angemessenen Darreichungsform)
- b) Antiemetica (ausgenommen orale Darreichungsform)
- c) Mittel zur Überwindung eines lebensbedrohlichen Zustandes:
 - Analeptica
 - Antiasthmatica, keine Depotformen
 - Antikoagulantien
 - Cardiaca (auch Adrenalin in schnell verfügbarer Form, keine Autoinjektoren)
 - Cortisonpräparate zur Schockbehandlung
 - Glucagon
 - Arzneistofffreie Injektions-, Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen
 - Kurzwirksame Insuline (Normalinsulin, keine Analoginsuline)
 - Mittel zur Behandlung der malignen Hyperthermie bei der Narkose (Dantrolen)
 - Antihypertonika zur Behandlung der hypertensiven Krise
 - Antiallergika zur Injektion, bei Kindern auch als Lösung zur oralen Applikation
 - Mittel zur Verhinderung der Giftresorption und Beschleunigung der Giftelimination sowie Antidota
- d) Mittel zur Blutstillung
- e) Mittel in Geburtshilfe/Gynäkologie:
 - wehenerregende Hormonpräparate
 - Secalepräparate
 - Tokolytika (intravenös) im Fachgebiet Gynäkologie

- f) Sera- bzw. Immunglobuline zur Vervollständigung der Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall (Erstinjektion)²⁾
- g) Antibiotika
- parenteral im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sowie Benzylpenicillin- und dessen Salze zur Initialbehandlung
 - oral, im Zusammenhang mit operativen Eingriffen (keine Verordnungsfähigkeit für den Therapiebeginn)
- h) Sonstige Arzneimittel
- Diuretica
 - Gentamicin, Nebacetin, Heparin im Rahmen ambulanter Operationen
 - Neuroleptika zur Ruhigstellung in Notfallsituationen
 - Sauerstoff
 - Glukokortikoide zur Anwendung für die lokale Infiltrationstherapie intra- und extraartikulär bei aktivierten Arthrosen und Enthesopathien
 - Dimeticonhaltige Arzneimittel und Mittel zur Darmreinigung für die Vorbereitung diagnostischer Verfahren
 - Vitamin K zur Prävention bei Neugeborenen
 - Migräneschmerzmittel: nur Sumatriptan zur subcutanen Anwendung
 - Acetylcholin
 - Protonenpumpenhemmer und H2-Blocker zur Injektion für die Fachgebiete Radiologie, Anästhesie und für onkologisch verantwortliche Ärzte
8. Kontrastmittel bei bildgebenden Verfahren, die nach einmaliger Anwendung verbraucht sind, soweit sie nicht mit der Gebühr für die Untersuchung gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung abgegolten sind.
- Bis 31.12.2014 ist die BARMER GEK Kostenträger für die verordneten Kontrastmittel in Thüringen. Auf Rezepten (Muster 16), die in diesem Zeitraum über Kontrastmittel ausgestellt werden, ist im Kostenträgerfeld „BARMER GEK“ einzutragen. Die Einreichung der Kontrastmittelbestellungen ist bis zum 31.12.2014 noch mit der internetbasierten elektronischen Plattform über eine gesicherte Internetverbindung (HTTPS) zwischen der Praxis des Arztes und dem Lieferanten mithilfe der von der BARMER GEK zur Verfügung gestellten internetbasierten elektronischen Plattform (BARMER ONLINE BUSINESS; BOB@SSB) möglich. Die Internetseite für Bestellungen ist ab 01.01.2015 gesperrt.
 - Mit Wirkung ab 01.01.2015 ist die AOK PLUS Kostenträger für den gesamten Sprechstundenbedarf in Thüringen, d. h. auch für die Kontrastmittel. Auf Rezepten (Muster 16) über Kontrastmittel, die ab 01.01.2015 ausgestellt werden, ist im Kostenträgerfeld „AOK PLUS“ und im Feld Kassen Nr. das Institutionskennzeichen (IK) 105998018 einzutragen. Aufgrund der ab 01.01.2015 gesperrten Internetseite für Bestellungen von Kontrastmitteln ist ein Bezug über die internetbasierte elektronische Plattform ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Die Bestellungen bzw. die Rezepte sind bei der BARMER GEK unter folgender Anschrift einzureichen:

BARMER GEK
Postfach 1122
73501 Schwäbisch Gmünd.

Die Freiumsschläge dazu werden durch die BARMER GEK zur Verfügung gestellt.
 - Die BARMER GEK stellt die Lieferung gemäß der vom Arzt getätigten PZN-bezogenen Bestellung in den entsprechenden Behältnissen (z. B. Flaschen, Einwegspritzen, Kartuschen) an den Arzt innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis sicher. Der Tag, an dem die Bestellung erteilt wird, sowie Samstag, Sonntag und bundesweit und/oder in Thüringen geltende gesetzliche Feiertage zählen bei der Berechnung nicht mit. Abweichungen von der Bestellung sind nur nach Rücksprache mit dem Arzt und dessen Zustimmung möglich.

²⁾ Diese Impfstoffe und Sera sind nur dann dem Sprechstundenbedarf zu entnehmen, wenn hierfür bei einem Versicherten eine Krankenkasse gemäß Abschnitt I. Punkt 1. zahlungspflichtig ist, also nicht vorrangig ein Unfallversicherungsträger die Kosten zu tragen hat.

- Sofern der Arzt eine Reklamation wegen Fristablauf geltend machen möchte, kann er unmittelbar nach Ablauf der 5 Arbeitstage die BARMER GEK telefonisch einschalten:

Die BARMER GEK stellt die Belieferung der Praxis entsprechend der Anforderung binnen 48 Stunden nach erfolgter Reklamation sicher. Nach Ablauf dieser 48-Stunden-Frist ist der Arzt berechtigt, die Bestellung telefonisch bei der BARMER GEK (Support-Hotline) zu stornieren. Erst nach der Stornierung ist er hinsichtlich dieser Bestellung bei der Wahl seines Lieferanten frei. Eine Reklamation wegen falscher, beschädigter und/oder unvollständiger Lieferung hat der Arzt auf gleichem Wege unmittelbar nach Erhalt der Ware auszulösen.

- Eine Prüfung der Ärzte im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit hinsichtlich des Preises der auf diesem Weg bezogenen Mittel findet nicht statt. Die bezogene Menge muss jedoch in Relation zu den Behandlungsfällen plausibel sein.

9. Entsprechend der GKV-Leistungspflicht bei Schutzimpfungen auf der Grundlage der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL), des EBM und der Impfvereinbarungen in Thüringen sind Impfstoffe gegen die folgenden Infektionskrankheiten verordnungsfähig und über Sprechstundenbedarf zu beziehen:

- Diphtherie
- Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)
- Haemophilus influenzae b-Infektionen
- Hepatitis A³⁾
- Hepatitis B ³⁾
- Influenza (Virusgrippe)
- Masern
- Mumps
- Pertussis
- Pneumokokken-Infektionen
- Poliomyelitis
- Röteln
- Tetanus
- Varizellen
- Meningokokken
- Humane Papillomaviren (HPV)
- Rotaviren (RV)

V. Sprechstundenbedarf in Notdienstzentralen

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf in Notdienstzentralen des organisierten ärztlichen Notdienstes (ND) erfolgt durch den Notdienst-Obmann. Für die Verordnung verwendet der Obmann codierte Verordnungsblätter (Muster 16 mit Betriebsstättennummer der ND-Zentrale) und versieht diese mit dem Stempel der ND-Zentrale und seiner Unterschrift. Der Stempel und die Verordnungsblätter der ND-Zentrale sind ausschließlich durch den Obmann zu verwalten und zu verwenden.

Die codierten Verordnungsblätter sind nur für die Verordnung von Sprechstundenbedarf, nicht für Verordnungen auf den Namen des Patienten, zu verwenden.

Als Sprechstundenbedarf gelten die in Punkt IV. der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannten zulässigen Mittel, die zur Notfallbehandlung benötigt werden.

Der Obmann dokumentiert den Verbrauch des Sprechstundenbedarfs sowie die Konsultationen mit Hilfe eines vereinbarten Erfassungsbogens, der von allen am ND teilnehmenden Ärzten zu führen ist.

³⁾ Der Impfstoff Twinrix ist – wie bisher – auch weiterhin nicht über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Sprechstundenbedarfskosten in ND-Zentralen wird wie folgt verfahren:

1. Für jede ND-Zentrale erfasst die KV Thüringen die Fallzahl.
2. Anhand der Sprechstundenbedarfskosten und der Fallzahlen ermittelt die KV Thüringen gemeinsam mit der AOK PLUS einen Fallwert je ND-Zentrale.
3. Bei auffällig hohen Fallkosten sollte ein gemeinsamer Prüfantrag vorgesehen werden.
4. Zur weiteren Prüfung und Begründung des Prüfantrages sind die vereinbarten Nachweise heranzuziehen, die dann der zuständigen Kasse und dem Prüfungsgremium zur Verfügung gestellt werden.
5. Bei eintretenden Regressen haftet zunächst die KV Thüringen. Im Weiteren werden die beschlossenen Regresse von allen nach § 4 Abs. 1 der ND-Ordnung zur Teilnahme am ND verpflichteten und berechtigten Ärzten aus dem betreffenden ND-Bereich mit der jeweiligen ND-Zentrale - ihrer Zahl entsprechend - anteilig getragen und im Umlageverfahren über die KV Thüringen erhoben.

VI. Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

1. Bei der Verordnung und Verwendung von Sprechstundenbedarf ist stets der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten.
2. Sind von einem Mittel größere Mengen zu ersetzen, sind preisgünstige Großpackungen oder Bündelpackungen (größer als $N_{max.}$) zu verordnen.
3. Die nach den §§ 44 oder 47 des Arzneimittelgesetzes in der jeweiligen Fassung von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über die Apotheken ausgenommenen Arzneimittel sollen direkt vom Hersteller oder Großhandel bezogen werden, wenn ein solcher Direktbezug bei der benötigten Menge in wirtschaftlicher Hinsicht sinnvoll ist.

VII. Prüfung des Sprechstundenbedarfs

1. Werden andere als die nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zulässigen Mittel verordnet, so sind die dafür entstandenen Kosten von der KV Thüringen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung festzustellen und vom Vertragsarzt zu erstatten. Anträge auf Erstattung können innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Ausstellungsquartals der Verordnung durch die AOK PLUS an die KV Thüringen gestellt werden.

Ein Antrag wird nicht gestellt, wenn der ermittelte Nettobetrag für das Verordnungsquartal nicht mehr als 25,60 € beträgt.

2. Die Anträge auf Rückforderung der Kosten für unzulässig verordneten Sprechstundenbedarf werden für den jeweiligen Vertragsarzt quartalsweise gestellt. Dazu wird der Formularsatz mit der Bezeichnung „Rückforderung der Kosten für Sprechstundenbedarf“ verwendet. Er besteht aus
 - Deckblatt - erhält der Arzt als Bescheid, jedoch nur dann, wenn der Arzt belastet wird
 - 1. Blatt - erhält nach Bearbeitung die antragstellende Kasse zurück
 - 2. Blatt - dient der internen Verwendung in der Kassenärztlichen Vereinigung.
3. Für Nichtvertragsärzte, die am organisierten ärztlichen Notdienst mit Genehmigung der KV Thüringen teilnehmen, gelten die Punkte 1. und 2. nicht.

Bei Verstößen gegen die Wirtschaftlichkeit oder die Verordnung von Mitteln, die nach Abschnitt IV. nicht zulässig sind, sind die Kosten direkt durch die AOK PLUS gegenüber dem Nichtvertragsarzt zu regressieren.

4. Auf begründeten Antrag der AOK PLUS stellt die KV Thüringen dem Vertragsarzt gegenüber mittels Bescheid die Höhe des Betrages fest und verrechnet diesen mit der Honorarforderung des Vertragsarztes. Gegen diese Entscheidung kann der Vertragsarzt innerhalb der Rechtsbehelfsfrist Widerspruch erheben.

5. Das Widerspruchsschreiben des Vertragsarztes ist der AOK PLUS über die KV Thüringen im Wege der Anhörung zur Stellungnahme zuzuleiten. Erkennt die AOK PLUS die Gründe des Widerspruchs an, hilft die KV Thüringen dem Widerspruch ab. Kann keine Abhilfe erteilt werden, finden für das weitere Widerspruchsverfahren die entsprechenden Bestimmungen der jeweils gültigen Satzung der KV Thüringen Anwendung.
6. Ist ein Widerspruch eines Vertragsarztes begründet und wird dem Widerspruch stattgegeben, sind dem Widerspruchsführer die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten. Der Anspruch des Vertragsarztes richtet sich gegen die KV Thüringen als zuständige Widerspruchsbehörde. Die Kosten tragen die KV Thüringen und die Krankenkassenverbände je zur Hälfte. Der Kostenanteil der Krankenkassenverbände wird der AOK PLUS von der KV Thüringen in Rechnung gestellt. Dasselbe gilt bei Verfahren vor den Sozialgerichten.
7. Für Verstöße gegen die Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gelten die Punkte 1. bis 6. nicht. Die Prüfung erfolgt nach der gemeinsamen Prüfvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung als Verfahren vor den Prüfungsgremien.
Dies gilt auch für Verordnungen von Mitteln, die zwar grundsätzlich unter Abschnitt IV. dieser Vereinbarung fallen, in dieser Gruppe aber preisgünstigere Alternativen zur Verfügung stehen. Hierfür ist ein Antrag der AOK PLUS an die KV Thüringen nach den Punkten 1. bis 6. unzulässig.

VIII. Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Sprechstundenbedarfsvereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.01.2015 in Kraft, ersetzt die bisher geltende Sprechstundenbedarfsvereinbarung vom 10.09.2009 in der Fassung der 1. bis 5. Protokollnotiz. Sie gilt für die ab diesem Zeitpunkt anfallenden Sprechstundenbedarfsanforderungen. Die früheren Quartale sind nach der bis dahin bestehenden Vereinbarung abzuhandeln.
2. Diese Sprechstundenbedarfsvereinbarung kann schriftlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Die Kündigung durch einen der vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen bzw. den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wirkt auch für und gegen die übrigen am Vertrag beteiligten Verbände.

Der kündigende Verband hat die übrigen Vertragspartner unverzüglich zu benachrichtigen.
3. Auf Antrag eines Vertragspartners kann auch ohne formelle Kündigung eine Anpassung einzelner Vertragsbestimmungen an die Erfordernisse der Praxis vereinbart werden.
4. Die Durchführungsbestimmungen zur Umlage der Kosten sind in der Vereinbarung zur Bearbeitung und Kostenumlage des vertragsärztlichen Sprechstundenbedarfes im Freistaat Thüringen zwischen der AOK PLUS und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) geregelt.

IX. Schlussbestimmungen

1. Änderungen oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung oder Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.
2. Sollte eine Bestimmung oder ein Bestandteil dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Geltung dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien sind vielmehr einander verpflichtet, die unwirksame/undurchführbare Bestimmung oder den unwirksamen/undurchführbaren Bestandteil durch eine gesetzlich zulässige Regelung so zu ersetzen, wie es Sinn und Zweck dieser Vereinbarung entspricht. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt, den 16.02.2015

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen