



## Primärkrankenkassen:

Die **Erstausstattung mit Sprechstundenbedarf** erfolgt zu Lasten des Zahnarztes. Für spätere Ergänzungen sind entsprechend der Verwendung für die Versicherten Verordnungen über den Vierteljahresbedarf auszustellen.

Der Sprechstundenbedarf ist für die Primärkassenpatienten einmal vierteljährlich **nach dem tatsächlichen Verbrauch (Vierteljahresbedarf) zum Schluss des Vierteljahres** zu Lasten der AOK, in deren Kassenbezirk sich der Sitz des Vertragszahnarztes befindet, anzufordern.

Das Rezeptformular ist maximal für die Verordnung von drei Präparaten vorgesehen, ggf. sind mehrere Formulare auszufüllen. Die Verordnung erfolgt unter der Bezeichnung „Sprechstundenbedarf-Primärkassen“.

Der Abrechnungstempel muß gut sichtbar angebracht werden.

Die Verordnung soll das Quartal bezeichnen, für welches der Sprechstundenbedarf verordnet wurde, sowie das Ausstellungsdatum und die Kennzeichnung (Kennziffer 9 = SSB).

### Verordnet werden können:

§ 5 RVO Gesamtvertrag (2):

**Analgetika:** zum unmittelbaren Gebrauch in der Sprechstunde vor oder nach schmerzhaften Eingriffen

**Sedativa und Hypnotika:** zur Vorbereitung des Patienten bei chirurgischen Eingriffen.

**Analeptika und Kardiaca:** nur für Notfälle bei strenger Indikation; häufig genügen Mittel zur Einnahme per os.

Protokollnotiz zum Vertrag über die Individualprophylaxe vom 17.03.1973:

**Fluorpräparate:** Nur im Zusammenhang mit Leistungen nach der Ziff. IP4. „Der Bezug soll über Dentaldepots gem. § 47 Abs. 1 Nr. 7 Arzneimittelgesetz erfolgen“.

Als Sprechstundenbedarf kann verordnet werden, was zur Behandlung einer Mehrzahl von Versicherten in der zahnärztlichen Praxis benötigt wird.

Wird ein Mittel in der Sprechstunde für einen Patienten allein benötigt, so empfiehlt sich, die Verordnung auf den Namen des Patienten „ad manus medici“ – z. B. Depot Penicillin – auszustellen.

Es ist empfehlenswert, sich Kopien der Verordnungen anzufertigen. Der angeforderte Sprechstundenbedarf kann so jederzeit nachvollzogen werden.

## **Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Sprechstundenbedarfsverordnung**

Entsprechend der Vereinbarung über das Verfahren zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Versorgung in Nordrhein können die KZV und die Krankenkassen die Überprüfung der Ordnungsweise einzelner Zahnärzte beantragen. Der Antrag ist unter Beifügung der Unterlagen zu begründen. In den Antrag können jeweils die Verordnungen der letzten vier Quartale, die am Tag der Antragstellung abgerechnet sind, einbezogen werden.

Der Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuß wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst überprüfen, ob die Verordnung grundsätzlich möglich war.

War die Verordnung möglich, **so ist das Verhältnis der verordneten Menge**



- a) zu den abgerechneten Fallzahlen der Primärkassen (Bsp.: für VdAK/AEV-Patienten verwandte Mittel können nicht über die Primärkassen-Verordnungen aufgefüllt werden) und
  - b) zu den abgerechneten Leistungen,
- zu beurteilen.

Im Falle eines Regresses haben Sie die Möglichkeit, Widerspruch beim Beschwerdeausschuß einzulegen, wenn Sie mit der Kürzungsmaßnahme nicht einverstanden sind.

Der Widerspruch sollte direkt ausführlich begründet werden, d. h. der tatsächliche Verbrauch ist anhand der abgerechneten Leistungen darzulegen.

Ist das gekürzte Mittel nicht den Oberbegriffen (Analgetica, Sedativa etc.) zuzuordnen, oder steht es gar auf der Negativliste, kann einem Widerspruch nicht stattgegeben werden, da dies grundsätzlich von einer Verordnung im Rahmen der SSB-Verordnung ausgeschlossen ist. Die Prüfungsgremien haben daher keine Möglichkeit derartige Mittel/Medikamente, anzuerkennen.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, daß die Angaben in Firmenbroschüren nicht immer den Vertragsgrundlagen in den einzelnen KZV-Bereichen entsprechen.

Im Zweifelsfall können Sie sich gerne mit der Bitte um Auskunft an das Referat Prüfwesen im Hause der KZV Nordrhein wenden.

In Ihrem eigenen Interesse machen wir Sie nochmals darauf aufmerksam, daß sich aus § 106 Abs. 5 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) in Verbindung mit § 21 Abs. 1 und § 14 Abs. 3 der Verfahrensordnung und nach § 21 Abs. 2 SGB X die Verpflichtung zu Ihrer Mitwirkung ergibt. Die Mitwirkungspflicht hat in der geltenden Rechtsprechung ihre Bestätigung gefunden.

### **VdAK/AEV- Krankenkassen**

Ab dem 01.07.2007 wird das bisherige Verfahren – Verordnung über Vordruckmuster 16 – abgelöst durch eine pauschalierte Abgeltung unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten.

s. Informationsdienst Nr. 5/2007 vom 06.06.2007

**Eine Verordnung von Sprechstundenbedarf zu Lasten der BEK über Rezeptformular ist unzulässig.**