

Vereinbarung

über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf
(Sprechstundenbedarfsvereinbarung)
in der Fassung vom 01.01.2014, geändert mit Wirkung zum 01.01.2016

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „**KVBW**“ genannt -

und der

AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den

Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem

BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der

IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart

der

Knappschaft, Regionaldirektion München,
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „**Verbände**“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Allgemeines	3
§ 2	Beitrittsregelung für Innungskrankenkassen	5
§ 3	Beitrittsregelungen für Betriebskrankenkassen	6
§ 4	Begriff und Begrenzung des Sprechstundenbedarfs	6
§ 5	Abrechnung von Sprechstundenbedarf	8
§ 6	Prüfung	9
§ 7	Fallzahlen	10
§ 8	Datenlieferungen	10
§ 9	Inkrafttreten/Kündigung	10
§ 10	Salvatorische Klausel	11

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

[Liste der zulässigen Mittel Sprechstundenbedarf gem. § 4 Abs. 1](#)

Anlage 2 für IKK classic

Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Anlage 3 für Betriebskrankenkassen

Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Anlage 4

Weitere anspruchsberechtigte Personengruppen

§ 1 Allgemeines

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg verordnen Sprechstundenbedarf zur Ersatzbeschaffung der in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung genannten Mittel, die bei der ambulanten Behandlung des in Abs. 2 genannten Personenkreises verbraucht wurden.

Unter "an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte" werden auch ärztlich geleitete Einrichtungen sowie an dem organisierten Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärzte verstanden; ausgenommen hiervon sind jedoch die ärztlich geleiteten Einrichtungen, mit denen separate Vereinbarungen zur Verordnung und Verwendung von Sprechstundenbedarf getroffen wurden.

- (2) Die Verwendung dieses Sprechstundenbedarfs ist nur zulässig für

- Versicherte,
- Betreute nach dem zwischenstaatlichen Recht (ZWR) und
- Betreute nach § 264 Abs. 2 SGB V

der Mitgliedskassen folgender vertragsschließenden Krankenkassenverbände:

- AOK Baden-Württemberg,
- Verband der Ersatzkassen,
- IKK classic,
- Knappschaft,
- Landwirtschaftliche Krankenkasse

sowie für die Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach den §§ 2 und 3 dieser Vereinbarung.

Die Vertragspartner vereinbaren ein Beitrittsrecht für Innungskrankenkassen mit Sitz außerhalb von Baden-Württemberg (§ 2) und für alle Betriebskrankenkassen (§ 3). Versicherte der beigetretenen Krankenkassen haben ebenfalls Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag.

- (3) Nicht zulässig ist die Verwendung dieses Sprechstundenbedarfs für alle anderen Patienten. Hierzu zählen z. B.:

- Versicherte nach Abs. 2, wenn die Leistung nicht über die eGK abgerechnet wird (z. B. IGEL- Leistungen, Zuständigkeit eines Unfallversicherungsträgers, z. B. BG),
- Versicherte von Innungskrankenkassen und Betriebskrankenkassen, die diesem Vertrag nicht beigetreten sind,
- Privatpatienten/Selbstzahler,
- Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge nach § 75 Abs. 3 SGB V,
- Personen die nach dem

- Bundesentschädigungsgesetz/BEG,

- Bundesversorgungsgesetz/BVG (einschließlich verwandte Rechtskreise, wie z. B. Opferentschädigungs-,Häftlingshilfe-,Soldatenversorgungsgesetz)

betreut werden.

- Asylbewerber, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz betreut werden (soweit sie nicht unter die Regelungen des Absatzes 2 fallen).
- (4) Bei Bedarf kann die Zulässigkeit der Verwendung des Sprechstundenbedarfs auf in Absatz 3 genannte oder weitere Personengruppen erweitert werden. Diese werden in Anlage 4 dieser Vereinbarung aufgeführt. Zu einer Anpassung dieser Anlage verständigen sich die Vertragspartner bei Bedarf kurzfristig.
- (5) Als Sprechstundenbedarf bezogene Arzneimittel dürfen grundsätzlich nicht an Patienten zur Anwendung außerhalb der Praxis ausgehändigt werden (Dispensierverbot).
- (6) Die Erstbeschaffung (Grundausrüstung) bei Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit (auch bei Praxisübernahme und bei Eintritt/Bildung einer Gemeinschaftspraxis) ist Sache des Arztes. Ersatz der Erstbeschaffung im Rahmen dieser Vereinbarung kann grundsätzlich erst zu Beginn des nächsten Kalendervierteljahres verordnet werden. Ausnahmen sind Kontrastmittel und Seren nach Anlage 1. Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf bei einer Praxisverlegung ist keine Erstbeschaffung i. S. dieser Vereinbarung. Des Weiteren ist auch die Grundausrüstung der Notfallpraxen im Rahmen der Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes keine Erstbeschaffung i. S. dieser Vereinbarung.
- (7) Die Verordnung von Sprechstundenbedarf erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung Baden-Württemberg (GKV-BW) ausschließlich auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Vordruckvereinbarung). Das Verordnungsblatt muss vollständig, möglichst maschinell, ausgefüllt sein.

Vollständig ausgefüllt ist ein Verordnungsblatt dann, wenn folgende Angaben / Auftragungen vorliegen:

- Im Feld Kassen-Nummer sind unbedingt folgende Kostenträger-IK's anzugeben:
Vertragsärzte mit Betriebsstättensitz im Bereich der KV-Bezirksdirektion

Freiburg:	108095249
Karlsruhe:	107018414
Stuttgart:	107815727
Reutlingen:	107815807

Das Kostenträger-IK richtet sich nach dem Sitz der Haupt- oder Nebenbetriebsstätte, in der die Verordnung ausgestellt wird. Das Feld „Kostenträger“ wird entsprechend automatisch mit GKV- BW befüllt.

- Arztnummer (LANR)
- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Ausstellungsdatum
- Markierungsfeld mit der Ziffer 9 (Sprechstundenbedarf)
- genaue Produktbezeichnung
- verordnete Menge

- Arztstempel
- Arztunterschrift

Eine Kostenübernahme entfällt für unvollständig und nicht ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnungsblätter.

- (8) Betäubungsmittel als Sprechstundenbedarf sind unter Verwendung des hierfür vorgeschriebenen Betäubungsmittelrezeptes zu verordnen.
- (9) Der Sprechstundenbedarf soll grundsätzlich einmal kalendervierteljährlich verordnet werden. Ausnahmen bedürfen der Begründung auf dem Verordnungsblatt.
- (10) Der auf dem Verordnungsblatt verordnete Sprechstundenbedarf muss sofort in vollem Umfang bezogen werden. Ein Bezug ohne Verordnung und/oder eine Depotlagerung beim Lieferanten/Apotheker sowie eine nachträgliche Ausstellung von Verordnungen für Lieferanten zum Zwecke der Abrechnung sind nicht zulässig.

§ 2

Beitrittsregelung für Innungskrankenkassen

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass die Innungskrankenkassen das Recht erhalten, dieser Vereinbarung mit gleichen Rechten und Pflichten beitreten zu können. Der Beitritt erfolgt schriftlich mit der Anlage 2 - Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf gegenüber der IKK classic.
- (2) Ein Beitritt ist nur zu Beginn eines Kalenderjahres möglich. Die Erklärung des Beitritts muss bis zum 15.11. des vorangegangenen Jahres erfolgen. Dies gilt nicht für den erstmaligen Beitritt zum Inkrafttreten der Vereinbarung.
- (3) Die Teilnahme der beigetretenen Innungskrankenkassen an der Vereinbarung endet, wenn die im Vertrag und die sich aus den Anlagen ergebenden Inhalte, Rechte und Pflichten insbesondere die Zahlungsverpflichtungen nicht erfüllt werden. Es gelten die Kündigungsregelungen in § 8.
- (4) Die IKK classic informiert die übrigen Vertragspartner innerhalb von 14 Kalendertagen über die erfolgten Beitritte, Kündigungen und sonstigen Veränderungen. Die KVBW informiert ihre Vertragsärzte mit dem nächsten Quartalsrundsreiben über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und veröffentlicht eine Liste der nicht beigetretenen Krankenkassen auf der Homepage der KVBW.
- (5) Weitere Voraussetzung für einen Beitritt ist, dass die jeweils gültige Umlagevereinbarung - Sprechstundenbedarf zwischen der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen e. V (vdek), dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München einschließlich aller Aktualisierungen und Ergänzungen anerkannt wird.

§ 3

Beitrittsregelungen für Betriebskrankenkassen

- (1) Der Vertrag gilt für alle Betriebskrankenkassen, die diesem beitreten. Der Beitritt erfolgt schriftlich mit der Anlage 3 gegenüber dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg.
- (2) Ein Beitritt ist nur zu Beginn eines Kalenderjahres möglich. Die Erklärung des Beitritts muss bis zum 15.11. des vorangegangenen Jahres erfolgen. Dies gilt nicht für den erstmaligen Beitritt zum Inkrafttreten der Vereinbarung.
- (3) Die Teilnahme der beigetretenen Betriebskrankenkassen an der Vereinbarung endet, wenn die im Vertrag und in der Beitrittserklärung genannten Inhalte, Rechte und Pflichten nicht erfüllt werden. Es gelten die Kündigungsregelungen in § 8.
- (4) Der BKK Landesverband informiert die übrigen Vertragspartner innerhalb von 14 Kalendertagen über die erfolgten Beitritte, Kündigungen und sonstigen Veränderungen. Die KVBW informiert ihre Vertragsärzte mit dem nächsten Quartalsrundsreiben über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und veröffentlicht eine Liste der nicht beigetretenen Krankenkassen auf der Homepage der KVBW.
- (5) Weitere Voraussetzung für einen Beitritt ist, dass die jeweils gültige Umlagevereinbarung - Sprechstundenbedarf zwischen der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen e. V., dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München einschließlich aller Aktualisierungen und Ergänzungen anerkannt wird.

§ 4

Begriff und Begrenzung des Sprechstundenbedarfs

- (1) Als Sprechstundenbedarf sind nur die in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung genannten Mittel verordnungsfähig. Eine ersatzweise Verordnung/Bezug anderer Mittel oder Artikel ist nicht zulässig. Rezepturen können über Sprechstundenbedarf bezogen werden, vorausgesetzt es stehen keine Fertigarzneimittel zu Verfügung oder die Rezeptur ist nicht mit Mehrkosten verbunden.
- (2) Nicht zum Sprechstundenbedarf zählen - soweit nicht in dieser Vereinbarung und in ihren Anlagen Abweichendes geregelt ist:
 - Impfstoffe - hier gelten die Regelungen in der Schutzimpfungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung.
 - Mittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind; sie sind auf den Namen des Patienten zu verordnen. Soweit solche Mittel in der Praxis verbleiben und für diesen Patienten nicht mehr benötigt werden, sind sie dem Sprechstundenbedarf zuzuführen.
 - Mittel, die gemäß den Bestimmungen BMV-Ä mit den Gebühren für vertragsärztliche Leistungen abgegolten sind (z. B. bestimmte Einmalartikel, EBM Nr. 7 Allgemeine Bestimmungen). Werden durch Änderungen des BMV-Ä Mittel, die in der Anlage genannt sind, in die Vergütung einbezogen, gelten diese Mittel als aus der Anlage gestrichen.
 - Mittel, die unter die allgemeinen Praxiskosten fallen.

- (3) Das Nähere zur Abgeltung von berechnungsfähigen Materialkosten im Zusammenhang mit ambulant durchgeführten ärztlichen Leistungen wird in separaten Vereinbarungen geregelt.
- (4) Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit den Gefäßen anfallenden Kosten für separat hergestellte oder abgefüllte Mittel werden nicht bezahlt.
- (5) Kein Sprechstundenbedarf sind Mittel, die
 - während der stationären Behandlung (auch durch Belegärzte),
 - bei vor- und nachstationärer Behandlung durch Krankenhäuser nach § 115 a SGB V,
 - bei ambulanten Operationen und ambulanten Behandlungen durch Krankenhäuser nach den §§ 115 b und 116 b SGB V oder
 - im Rahmen des Notarzteinsatzes im Rettungsdienst erforderlich sind.

- (6) Die für die Verordnungsweise geltenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit sind auch bei der Anforderung und der Verwendung von Sprechstundenbedarf zu beachten.

Die Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie alle anderen für die Verordnungsweise einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen gelten auch für die Verordnung von Sprechstundenbedarf. Die Verordnung von nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Mitteln ist unzulässig, es sei denn, sie sind zur Vorbereitung auf oder im zeitlich begrenzten Anschluss an diagnostische oder therapeutische Maßnahmen notwendig.

- (7) Festbetragsregelungen gelten auch bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf. Kosten für Arzneimittel, deren Preise über dem Festbetrag liegen, werden nur bis zur Höhe des Festbetrages übernommen.
- (8) Der Sprechstundenbedarf ist in Mengen zu verordnen, die für die einzelne Praxis am wirtschaftlichsten sind.
- (9) SSB-Verordnungen im Rahmen dieser Vereinbarungen sind nicht auf die gemäß § 5 PackungsV gekennzeichneten Packungsgrößen beschränkt.
- (10) Er muss im angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle, bezogen auf das Kalendervierteljahr, stehen. Dabei sind Packungsgrößen zu verordnen, die dem Bedarf eines Kalendervierteljahres entsprechen.
- (11) Bei der Verordnung von Mitteln, die nach dem Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über die Apotheken ausgenommen sind, soll die wirtschaftlichste Bezugsmöglichkeit (z. B. vom Hersteller) wahrgenommen werden. Hierunter fallen insbesondere:
 - Zubereitungen zur Injektion oder Infusion (z. B. Kontrastmittel bei bildgebenden Verfahren, Releasinghormone), die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers erkennen zu lassen;

- Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind;
 - Nicht-apothekenpflichtige Verbandmittel (z. B. Verbandmittel ohne Wirkstoffzusatz);
 - Nahtmaterial;
 - Einmalartikel (soweit in der Anlage 1 genannt).
- (12) Soweit für bestimmte Produkte bzw. mit Lieferanten Verträge der Verbände bestehen, soll, auch mit Verweis auf Abs. 11, die Versorgung mit diesen Produkten bzw. über diese Lieferanten erfolgen.

Für die Verbände der Krankenkassen informiert die AOK Baden-Württemberg in geeigneter Weise über die bestehenden Verträge.

§ 5 Abrechnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Zur Abrechnung des Sprechstundenbedarfs sind zwei Abrechnungswege zulässig:
- 1.1 Abrechnung zwischen dem Lieferanten (Apotheke/Hersteller/Sonstiger Lieferant) und der AOK Baden-Württemberg (Direktabrechnung)
 - 1.2 Abrechnung zwischen dem Arzt und der AOK Baden-Württemberg, (Kostenerstattung).
- Andere Abrechnungswege wie z. B. die Weiterleitung von unbezahlten, an den Arzt adressierten Rechnungen an die AOK Baden-Württemberg zur Erstattung an den Rechnungssteller sind nicht zulässig.
- (2) Bei einer Direktabrechnung gem. 1.1 zwischen Lieferanten und AOK BW sind vom Arzt folgende Punkte zu beachten:
- 2.1 Grundlage der Abrechnung des Lieferanten mit der AOK Baden-Württemberg sind allein die Verordnungsblätter gem. § 1 Abs. 6. Der Arzt ist daher verpflichtet, die Übereinstimmung von verordneten Produkten/Mengen und gelieferten Produkte/Mengen bei Erhalt unverzüglich zu überprüfen.
 - 2.2 Nicht belieferte Rezepte sind vom Arzt gegenüber dem Lieferanten zurück zu fordern.
 - 2.3 Die vollständig ausgefüllten Verordnungsblätter sind dem Lieferanten spätestens zum Zeitpunkt der Lieferung zu übergeben (s. auch § 1 Abs. 9). Für nachträglich ausgestellte Verordnungsblätter besteht keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Kostenübernahme.
- (3) Bei einer Abrechnung gem. 1.2 zwischen dem Arzt und der AOK Baden-Württemberg sind folgende Punkte zu beachten:
- 3.1 Die Rechnung ist der AOK Baden-Württemberg, Servicestelle Arzneimittelabrechnung und -prüfung, Schorndorfer Straße 32, 71332 Waiblingen unter Angabe der Bankverbindung des

Arztes spätestens drei Monate nach Abschluss des Quartals, in dem die Lieferung erfolgte, zur Erstattung einzureichen. Eine spätere Abrechnung ist nicht zulässig.

- 3.2 Der Rechnung sind die Verordnungsblätter beizufügen. Neben den Angaben gem. § 1 Abs. 6 ist zwingend das Lieferantefeld des Rezeptes mit Menge/Faktor und Preisen durch die Arztpraxis auszufüllen (wenn vorhanden: IK des Arztes, PZN). Skonti und gewährte Rabatte sind in Abzug zu bringen.

§ 6 Prüfung

- (1) Die Prüfung der Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf (Wirtschaftlichkeitsprüfung) ist in der Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß Prüfvereinbarung betreffen insbesondere folgende Sachverhalte:
 - Nichtwahrnehmung wirtschaftlicher Bezugswege;
 - Anforderung überhöhter/unwirtschaftlicher Mengen;
 - Verstöße gegen die Arzneimittelrichtlinien, sofern der Verstoß keinen Sachverhalt betrifft, der der sachlich/rechnerischen Richtigstellung zuzuordnen ist.
- (3) Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung richtet sich nach den entsprechenden Regelungen zur Verordnungsweise in den Prüfvereinbarungen.
- (4) Anträge auf sachliche/rechnerische Richtigstellung können innerhalb einer Ausschlussfrist von 12 Monaten nach Ende des Kalendervierteljahres, in dem das Rezept ausgestellt wurde, bei der KVBW gestellt werden. Die Anträge sind zu begründen und der beanstandete Betrag ist in EURO auszuweisen. Die Antragstellung berechtigt bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag nicht zur Aufrechnung oder Zurückbehaltung von Zahlungen.
- (5) Richtigstellungen betreffen insbesondere folgende Sachverhalte:
 - Verordnungen, die nach BMV-Ä mit der Gebühr für die Leistung abgegolten sind oder unter die allgemeinen Praxiskosten fallen;
 - Verordnungen von Mitteln, die nicht in der Anlage zu dieser Vereinbarung aufgeführt sind oder den dortigen Bestimmungen nicht entsprechen;
 - Verordnungen von nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Mitteln, sofern nicht in der Anlage zugelassen;
 - Verordnungen, die auf den Namen des Patienten auszustellen sind;
- (6) Die Anträge auf sachlich/rechnerische Richtigstellung werden von der AOK BW für alle beteiligten Krankenkassen gemeinsam gestellt.
- (7) Die Erstbescheidung der Berichtigungsanträge durch die KVBW muss spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Eingang des Antrages bei der KVBW erfolgen.

- (8) Gegen die Entscheidung der KVBW kann innerhalb eines Monats nach Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift Widerspruch bei der KVBW eingelegt werden. Dieser Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Gegen einen ablehnenden Bescheid kann, innerhalb eines Monats nach Zustellung, Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Die AOK BW übernimmt diese Aufgaben für die im Rubrum genannten Verbände.
- (9) Unberührt von der Frist nach Absatz 4 bleibt die Geltendmachung des Anspruchs auf Schadensersatz wegen unerlaubter Handlung.

§ 7 Fallzahlen

- (1) Die KVBW gibt der Hauptverwaltung der AOK Baden-Württemberg und nachrichtlich an die im Rubrum genannten Kassen und Verbände je Kalendervierteljahr die Gesamtfallzahlen - eigene Ärzte (i.S. von Formblatt 3, Kontenart 400, Vorgang 088) für die Versicherten/Anspruchsberechtigten gem. § 1 Abs. 2 getrennt nach Kassenart - bekannt. Die Fallzahlen werden spätestens bis zum Ende des sechsten Monats, der auf das Leistungsvierteljahr folgt, mitgeteilt.
- (2) Die Verbände erhalten für die beteiligten/beigetretenen Kassen ihrer Kassenart die Fallzahlen gem. Abs. 1 aufgeteilt nach Kassen.

§ 8 Datenlieferungen

Die AOK BW liefert halbjährlich an die KV kumulierte Daten aus den von Apotheken abgerechneten Verordnungen in Form von Positiv-/Negativlisten (Excel-Tabellen). Diese dienen in aufbereiteter Form der Information der Vertragsärzte im Rahmen der Arzneimittelinformation. Das Nähere dazu wird von der Arbeitsgruppe nach § 9 Abs. 5 (bisher § 8 Abs. 5) abgestimmt.

§ 9 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft.

Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber den anderen Vertragspartnern gekündigt werden. Die Kündigung durch nur einen Vertragspartner ist möglich.
- (2) Wird die Vereinbarung durch einen Verband gekündigt, erhalten alle übrigen Verbände, vor Beginn der Kündigungsfrist per eingeschriebenen Brief, das Kündigungsschreiben. Die übrigen Vertragspartner können in diesem Fall mit einer Frist von vier Wochen nach Eingang der ersten Kündigung zum gleichen Termin kündigen.
- (3) Sofern eine beigetretene Innungskrankenkasse oder eine beigetretene Betriebskrankenkasse ihren Verpflichtungen aus dieser Vereinbarung sowie der Umlagevereinbarung-Sprechstundenbedarf in der jeweils gültigen Fassung gegenüber dem vertragsschließenden Verband nicht nachkommt, kann der entsprechen- de Verband unter Einhaltung der Kündigungsfristen nach Abs. 1 Satz 2 gegenüber der

beigetretenen Innungskrankenkasse bzw. beigetretenen Betriebskrankenkasse die Kündigung aussprechen.

- (4) Auf Antrag eines Vertragspartners kann auch ohne formelle Kündigung eine Anpassung einzelner Bestimmungen an die Erfordernisse der Praxis gemeinsam vereinbart werden.
- (5) Die Anlage 1 zu dieser Vereinbarung wird von den Vertragspartnern einvernehmlich bei Bedarf aktualisiert, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Die Aktualisierungen werden quartalsweise von einer Arbeitsgruppe (bestehend aus von den Vertragspartnern benannten Vertretern) abgestimmt.
- (6) Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung treten die Vereinbarungen vom 20.02.1996, vom 22.02.2005 sowie vom 18.11.2008 einschließlich der Ergänzungsvereinbarungen außer Kraft.

§ 10 **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vertragspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

Anlage 2 für IKK classic

Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

An die
IKK classic
Hauptverwaltung
Schlachthofstraße 3
71636 Ludwigsburg

- (1) Die Innungskrankenkasse
-

beantragt bei der IKK classic den Beitritt zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 01.01.2014 zwischen der KVBW und der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen (vdek), dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München.

Mit dem Beitritt werden sämtliche Rechte und Pflichten aus dieser Vereinbarung sowie der Umlagevereinbarung-Sprechstundenbedarf in der derzeit gültigen Fassung zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Verband der Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Süd, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München anerkannt, insbesondere die sich daraus ergebenden Zahlungsverpflichtungen gegenüber der IKK classic.

- (2) Die IKK classic informiert die beigetretene Innungskrankenkasse über die Höhe der Abschlagszahlungen.
Die Höhe der Abschlagszahlung bemisst sich nach den in diesen Verträgen (Ziffer 2) getroffenen Regelungen. Die Vorschüsse sowie die Endabrechnung werden von der IKK classic per Rechnung angefordert, diese ist innerhalb von 21 Tagen zur Zahlung fällig
- (3) Für die Vorschusszahlung und die Endabrechnung gelten die gleichen Rahmen- und Zahlungsbedingungen nach diesen Verträgen (nach Ziffer 2). Die Verteilung der Kosten für den Sprechstundenbedarf erfolgt mit den beigetretenen Innungskrankenkassen anhand der KM 6-Versicherte (Stichtag 01.07.) des Jahres, in dem die Kosten angefallen sind.
- (4) Kommt eine beigetretene Innungskrankenkasse mit den Abschlagszahlungen oder mit der Endabrechnung in Zahlungsverzug, erfolgt ein Ausschluss von diesem Vertrag. Der Ausschluss erfolgt durch Kündigung des Beitrittes entsprechend § 8 durch die IKK classic.
- (5) Bei verspätetem Zahlungseingang erstattet die in Verzug geratene Innungskrankenkasse der IKK classic Verzugszinsen. Der Zinssatz für die Verzugszinsen beträgt 5 % über dem Basiszinssatz gem. § 247 Abs. 1 BGB.

Ort, Datum, Unterschrift

**Anlage 3
für Betriebskrankenkassen**

**Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung
von Sprechstundenbedarf**

An
den
BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Baden-
Württemberg Stuttgarter Str. 105
70806
Kornwestheim

Die
Betriebskrankenkasse

tritt der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen der KVBW und der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München vom 01.01.2014 bei.

Mit dem Beitritt werden sämtliche Inhalte, Rechte und Pflichten dieses Vertrages sowie der Umlagevereinbarung-Sprechstundenbedarf in der jeweils gültigen Fassung zwischen der AOK Baden-Württemberg, dem Verband der Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, sowie der Knappschaft, Regionaldirektion München anerkannt.

Der BKK Landesverband Süd informiert die beigetretene Betriebskrankenkasse über die Höhe der Abschlagszahlungen. Die Höhe der Abschlagszahlungen bemisst sich nach den Regelungen in den oben genannten Verträgen. Die Abschlagszahlungen sowie die Endabrechnung sind ab Eingang der Rechnung bei der beigetretenen Betriebskrankenkasse innerhalb von 14 Tagen zur Zahlung an den BKK Landesverband Süd fällig. Für die Abschlagszahlungen und die Endabrechnung gelten die gleichen Rahmen- und Zahlungsbedingungen nach diesen Verträgen. Die Verteilung der Kosten für den Sprechstundenbedarf erfolgt mit den beigetretenen Betriebskrankenkassen anhand der KM 6-Versicherte (Stichtag 01.07.) des Jahres, in dem die Kosten angefallen sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Vorstandes

BKK-Stempel

Anlage 4
Weitere anspruchsberechtigte Personengruppen

Derzeit unbesetzt.