

Infoblatt

Sprechstundenbedarf (SSB)

Stand Januar 2024

Was ist Sprechstundenbedarf (SSB)?

Unter Sprechstundenbedarf (SSB) versteht man grundsätzlich Produkte, die in Arztpraxen zur Erst- und Notversorgung eingesetzt werden und daher mehr als einem Versicherten zur Verfügung stehen. Hierunter fallen Produkte aus den Bereichen Diagnostik und Therapie, Desinfektion und Hygiene, Verbandmittel sowie Naht- und OP-Material, Arzneimittel, Impfstoffe, Kontrastmittel, Narkosemittel.

Nicht unter SSB fallen alle patientenindividuellen Verordnungen. Welche Produktkategorien konkret unter Sprechstundenbedarf fallen, wird durch die jeweiligen regionalen SSB-Vereinbarungen, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und jeweiliger Kassenärztlicher Vereinigung (KV) geschlossen werden, definiert. Die Vereinbarungen enthalten an verschiedenen Stellen Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung, wie z. B.

- Bezugswege
- Zulässiger Anwendungsbereich
- Zulässige Anwendungsdauer

Es ist empfehlenswert, sich bei offenen Fragen, z. B. in Bezug auf die Auslegung zur Einordnung von bestimmten Produkten, an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu wenden.

Sprechstundenbedarf ist nicht für die Versorgung von Privatpatienten sowie Unfallverletzten bei Arbeits- und Wegeunfällen vorgesehen, zudem ist die Verwendung von SSB bei stationärer Behandlung – auch bei belegärztlicher Behandlung – nicht zulässig.

Verordnung von SSB – Wirtschaftlichkeitsgebot

Der zu bestellende SSB gilt als Ersatz für die verbrauchten Materialien des vergangenen Quartals. Die Menge der bestellbaren Materialien orientiert sich generell an der Patientenzahl der gesetzlich versicherten Patient: innen. Jede Verordnung hat dabei unter Beachtung der Vorgaben der jeweiligen KV zu erfolgen (z. B. Durchschnittswerte, Zielvereinbarungen, Richtgrößen, Verwendung von Mustern etc.).

Bei der Verordnung von SSB sind die regionalen **Sprechstundenbedarfsvereinbarungen** zu beachten. Diese

- **regeln** u. a. die als SSB verordnungsfähigen Produkte (auch in Abgrenzung zum Praxisbedarf)
- enthalten **Hinweise** zur wirtschaftlichen Verordnungsweise bei Leitlinien gerechter Versorgung (z. B. Wahl von preisgünstigen Groß- und Bündelpackungen; soweit mehrere Verordnungsalternativen bestehen: Verordnung der wirtschaftlichsten Alternative)

Alle Leistungen innerhalb der GKV unterliegen einem generellen Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V).

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind gesetzlich verpflichtend vorgegeben (§§ 106, 106b SGB V).

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren gemäß § 106b Abs. 2 SGB V bundesweit geltende Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in denen Mindeststandards festgelegt werden, die in regionalen Prüfungsvereinbarungen weiter ausgestaltet werden.

Aus den Prüfungen möglicherweise folgende Regresse können u. a. eingeleitet werden, wenn im Rahmen

- des SSB Produkte verordnet werden, die nicht in der SSB-Vereinbarung gelistet sind.
- des verordneten SSB die Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise nicht beachtet werden.
- des verordneten SSB Auffälligkeiten bestehen (Abweichungen des SSB-Verbrauchs einer Praxis im Vergleich zur Fachgruppe).

Die für Sie zutreffende Prüfungsvereinbarung können der Homepage der jeweiligen KV entnommen werden.

Hinweise zum Ablauf von Prüfverfahren

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit den Landesverbänden der Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften gegründet, die die Gemeinsame Prüfstelle und den Gemeinsame Beschwerdeausschuss für Wirtschaftlichkeitsprüfungen im jeweiligen KV-Bezirk führen.

Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen (§ 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Bei erstmaliger Auffälligkeit gilt unter bestimmten Rahmenbedingungen der Grundsatz „Beratung vor Regress“.

Welche Möglichkeiten bestehen, um einen möglichen Regress zu vermeiden?

Die Prüfstelle informiert den Arzt/die Ärztin, dass ein Prüfverfahren eingeleitet wurde und fordert zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme auf, da der Vertragsarzt dafür verantwortlich ist

Ein Antrag auf Fristverlängerung zur Stellungnahme ist (formlos) bei der Prüfstelle möglich.

Möglichst schon in der Stellungnahme sollte der Arzt/die Ärztin Praxisbesonderheiten geltend machen, indem konkret darlegt wird

- dass überdurchschnittlich viele Patienten mit einschlägigem Mehrverbrauch behandelt werden,
- unter Nennung der betroffenen Patienten (unter Angabe von ICD und abgerechnete EBM-Ziffer) bei Beschreibung des Krankheitsbildes und der nötigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Gegen Entscheidungen der Prüfstelle kann Widerspruch (immer schriftlich, keine E-Mail) erhoben werden.

Die einmonatige Widerspruchsfrist ist zwingend zu beachten.

© BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstr. 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 13

www.bvmed.de

BV
Med