

medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 28 Abs. 1, 70 Abs. 1 und 77 Abs. 2 SGB V).“

2. Im Abschnitt „Allgemeines“ wird in Nr. 7 die Verweisung „... im Sinne der §§ 182 RVO und 13 KVLG ...“ durch die Verweisung: „... im Sinne des § 28 SGB V ...“ ersetzt.
3. In Abschnitt A wird Nr. 5 Satz 1 (1. Halbsatz) wie folgt gefaßt:
„Im Verlauf der Schwangerschaft sollen 2 Ultraschalluntersuchungen mittels B-Bild-Verfahren zur Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung des Feten durchgeführt werden.“

Die Änderungen treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Dezember 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Schroeder-Printzen

*

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 4. Dezember 1990 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) wie folgt zu ändern:

1. Die Präambel erhält folgende Fassung:
„Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 2 und 3 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.“
2. In Abschnitt B (Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen) erhält Nr. 4 folgende Fassung:
„Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden.“
3. In Abschnitt B wird Nr. 5 Buchstabe g) wie folgt gefaßt:
„Die an der Durchführung der zytologischen Untersuchung Beteiligten sind gehalten, für eine ordnungsgemäße Befund- und Präparatedokumentation zu sorgen. Die Präparate und die Befunde sind 10 Jahre aufzubewahren.“
4. In Abschnitt B wird Nr. 5 Buchstabe h) wie folgt gefaßt:
„Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.“
5. In Abschnitt B wird in Nr. 5 folgender Buchstabe i) eingefügt:
„Der Arbeitsausschuß ‚Krebsfrüherkennungs-Richtlinien‘ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“
6. In Abschnitt C (Früherkennungsmaßnahmen bei Männern) wird Nr. 4 Buchstabe d) wie folgt neu gefaßt:
„Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.“

7. In Abschnitt C wird in Nr. 4 folgender Buchstabe e) eingefügt:

„Der Arbeitsausschuß ‚Krebsfrüherkennungs-Richtlinien‘ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

8. Abschnitt E (Bescheinigungen) wird wie folgt neu gefaßt:

„Bei Inanspruchnahme der Untersuchungen ist dem Arzt jeweils ein Berechtigungsschein vorzulegen. Der Berechtigungsschein verbleibt beim Arzt und ist von diesem mindestens 2 Jahre nach Durchführung der Untersuchung aufzubewahren. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verständigen sich über Form und wesentlichen Inhalt des Berechtigungsscheins. Er soll insbesondere Aufschluß geben über den Leistungsinhalt und über die Notwendigkeit der regelmäßigen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen.“

Die Änderungen treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Dezember 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Schroeder-Printzen

Arzneimittel-Richtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 4. Dezember 1990 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln (Arzneimittel-Richtlinien) in der geänderten Fassung vom 16. Oktober 1990 wie folgt zu ändern:

1. Die Präambel erhält folgende Fassung:
„Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln (§§ 12, 28, 70 SGB V).“
2. Die Fußnoten zur Präambel werden ersatzlos gestrichen.
3. Im Abschnitt „Allgemeines“ wird die Nr. 1 wie folgt neu gefaßt:
„1. Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen, im folgenden Kassenärzte genannt, treffen ihre Arzneimittelverordnungen unter Beachtung dieser Richtlinien.“
4. Im Abschnitt „Auswahl der Arzneimittel“ wird die Nr. 21 wie folgt neu gefaßt:
„21. Da sie entweder keine Arzneimittel sind oder ihre Verordnung dem Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V widerspricht, dürfen zu Lasten der Krankenkassen nicht oder nur unter den nachstehenden Voraussetzungen verordnet werden:
Die Buchstaben a—s bleiben unverändert.“
5. Im Abschnitt „Auswahl der Arzneimittel“ wird in der Nr. 24 zweiter Abschnitt, Satz 1, der „§ 368p Abs. 1 Satz 2 RVO“ durch den „§ 92 Abs. 2 SGB V“ ersetzt.

Die vorstehenden Änderungen treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Dezember 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Schroeder-Printzen



Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 4. Dezember 1990 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24. August 1989 wie folgt zu ändern:

Abschnitt C (Dokumentation und Auswertung) wird folgender Abs. 5 eingefügt:

(5) Der Arbeitsausschuß „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

Die Änderung tritt am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Dezember 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende
Schroeder-Printzen

NUB-Richtlinien

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 4. Dezember 1990 folgende Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) beschlossen:

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 135 Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Allgemeines

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen über
 - den diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzen der neuen Methode,
 - die notwendige Qualifikation der Ärzte und — soweit erforderlich — die apparativen Anforderungen zur sachgerechten Anwendung der neuen Methode
 - sowie ggf. den Rahmen für die erforderliche Dokumentation über die ärztliche Behandlungabgegeben hat.
2. Die Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Bundesausschuß erfolgt auf Antrag der kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen.
3. Ein Antrag soll nur gestellt werden, wenn nach Auffassung des Antragsberechtigten nach Nr. 2 aufgrund der zu einer bestimmten neuen Methode vorliegenden Erfahrungen und wissenschaftlichen Arbeiten der diagnostische und/oder therapeutische Wert der neuen Methode beurteilbar ist. Unterlagen, die eine solche Beurteilung ermöglichen, sind dem Antrag beizufügen.
4. Die Empfehlungen des Bundesausschusses nach diesen Richtlinien beziehen sich ausschließlich auf die Einführung neuer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Als neue Methoden werden solche angesehen, die bis zum Zeitpunkt der Prüfung durch den Bundesausschuß nicht Gegenstand der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung gewesen sind. Voraussetzung für die Prüfung durch den Bundesausschuß ist ferner, daß eine in diesem Sinne als neu zu bezeichnende Methode sich hinsichtlich des diagnostischen bzw. therapeutischen Anwendungsbereiches von bereits eingeführten Methoden in einem für das ärztliche Handeln relevanten Umfang unterscheidet.

Beurteilung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Voraussetzungen für die Bearbeitung von Anträgen

5. Als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur Leistungen gelten, die

- noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind oder die
- als ärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführt sind, deren Indikationen aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren und für die in der ambulanten und stationären kassen- und vertragsärztlichen Versorgung ein Bedarf besteht.

6. Anträge sind zu begründen. Im Antrag ist darzulegen, daß die Anwendung der neuen Methode in Anbetracht der Häufigkeit oder Schwere der betreffenden Erkrankungen medizinisch notwendig ist.
7. Der Antrag soll — ggf. im Vergleich zu bisher angewandten Methoden — Angaben enthalten
 - 7.1 zum diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzen oder zu den Vorzügen
 - 7.2 zu den Risiken und
 - 7.3 zur Wirtschaftlichkeit mit Darstellung der Relation zwischen Aufwand und dem zu erwartenden Erfolg.
8. Zu den Angaben nach 7. sind Studien nach folgenden Kategorien vorzulegen:
 - 8.1 Randomisierte und kontrollierte Studie(n)
 - 8.2 Fall-Kontroll-Studie(n) oder Kohortenstudie(n)
 - 8.3 Zeit-Vergleich-Studie(n)
 - 8.4 Nicht kontrollierte klinische Studie(n)
 - 8.5 Studie(n) zum Nachweis der Beeinflussung pathophysiologisch relevanter Größen
 - 8.6 Wissenschaftlich begründete ExpertenaussagenEinem Antrag sollen entweder mindestens eine Studie nach Nr. 8.1 oder Nr. 8.2 oder mindestens zwei Studien bzw. Belege nach den Nrn. 8.3 bis 8.6 beigelegt werden.
9. Der Arbeitsausschuß „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, die Bearbeitung von Anträgen zurückzustellen, solange sie den Anforderungen für eine Beurteilung nach den Nrn. 6., 7. und 8. — ggf. auch nach Stellungnahme insoweit befragter Sachverständiger — nicht genügen.
Entscheidung über die Anträge
10. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen prüft die Anträge unter Berücksichtigung der in 6. und 7. aufgeführten Kriterien — ggf. unter Heranziehung weiterer Unterlagen und Sachverständiger — und veröffentlicht seine Beschlüsse als:
 - 10.1 Anlage 1 mit Anerkennung als „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“
 - 10.2 Anlage 2 ohne Anerkennung als „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“
 - 10.3 Anlage 3 ohne Anerkennung als „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“, da keine für die Beurteilung ausreichenden Unterlagen vorgelegt wurden

Inkrafttreten

11. Diese Richtlinien treten am 1. 1. 1991 in Kraft.

Köln, den 4. Dezember 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende
Schroeder-Printzen

Anlage 1 zu den NUB-Richtlinien

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt hat

Folgende Methoden sind für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse (§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 28 Abs. 1, 70 Abs. 1 und 72 Abs. 2 SGB V) erforderlich, so daß die Voraussetzungen für eine Anerkennung des diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzens dieser Methode vorliegen und diese Verfahren deshalb in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden dürfen:

1. Ambulante Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren