

Richtlinien

des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die
Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
(Arzneimittel-Richtlinien/AMR)

in der Fassung vom 31. August 1993
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 246 vom 31. Dezember 1993)

zuletzt geändert am 3. August 1998
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 182 vom 29. September 1998)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A. Grundlagen

1. Diese Richtlinien gelten für die Verordnung von Arzneimitteln und entsprechend für die Verordnung von Verbandmitteln durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (Vertragsärzte). Die Richtlinien sind von Vertragsärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu beachten.
2. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in folgenden Fällen:
 - a) bei ärztlicher Behandlung im Krankheitsfall (Untersuchung, Therapie)
 - b) bei medizinischen Vorsorgeleistungen, wenn dies notwendig ist, um
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
 - c) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich einer ambulanten Rehabilitationskur
 - d) bei Sonstigen Hilfen.
3. Der Versicherte hat grundsätzlich einen Anspruch auf die Versorgung mit allen nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) verkehrsfähigen Arzneimitteln, sofern sie nicht aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder soweit sie nicht nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot, wie es in diesen Richtlinien konkretisiert ist, nur eingeschränkt verordnet werden dürfen (§§ 2, 12, 28, 31, 34, 35, 70, 73, 92, 92a, 93, 106 SGB V). Der Anspruch umfaßt die Versorgung nach den Regeln der ärztlichen Kunst auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse im Umfange einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (Wirtschaftlichkeitsgebot). Die Arzneimittelverordnungen müssen dem Erfordernis der Wirksamkeit und Qualität entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 SGB V).

4. Die Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Arzneimittelverordnung des Vertragsarztes voraus. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe.
5. Diese Richtlinien beschreiben den Umfang der Arzneimittelleistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Arzneimittelverordnungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht berücksichtigt. Der Vertragsarzt ist, ebenso wie Versicherter und Krankenkasse verpflichtet, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.
6. Der Vertragsarzt soll neben oder anstelle der Arzneitherapie auch andere therapeutische Maßnahmen in Erwägung ziehen (z.B. diätetischer und/oder physikalischer Art), wenn dies dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und wirtschaftlich ist (vgl. auch Nr. 17.2).
7. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über deren Leistungsansprüche und über die rechtlichen Einschränkungen ihrer Leistungspflicht bei der Versorgung von Arzneimitteln, wie sie sich insbesondere aus Leistungsausschlüssen sowie aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergeben, aufzuklären.

B. Behandlungsanspruch des Versicherten und Versorgungsauftrag des Vertragsarztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

8. Der Versicherte hat im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegen den Vertragsarzt einen Anspruch auf diejenige Behandlung, welche aufgrund des Behandlungsverhältnisses nach den ärztlichen und rechtlichen Maßstäben erforderlich ist. Dazu gehört insbesondere die Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst auf der Grundlage des Standes der medizinischen Erkenntnisse. In diesem Rahmen hat der Vertragsarzt auch das Wirtschaftlichkeitsgebot der vertragsärztlichen Versorgung zu beachten (vgl. Nr. 3).
9. Arznei- und Verbandmittel, die aufgrund dieser Richtlinien zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, sind auf Kassenrezept zu verordnen. Das Weitere regeln die Bundesmantelverträge.

C. Notwendigkeit der Arzneimittelverordnung

10. Nicht jeder Krankheitszustand erfordert zur Behandlung die Anwendung eines Arzneimittels. Vor der Verordnung von Arzneimitteln soll der Vertragsarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der

Wirtschaftlichkeit ein vergleichbarer Behandlungserfolg durch andere Maßnahmen (z.B. hygienische, diätetische) erreicht werden kann.

11. Arzneimittelverordnungen dürfen - von Ausnahmefällen abgesehen - nur vorgenommen werden, wenn sich der behandelnde Arzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der Behandlung bekannt ist.

D. Allgemeine Verordnungsmöglichkeiten auf der Grundlage von § 2 Abs. 1 Satz 3, §§ 12, 70 SGB V

12. Für die Verordnung von Arzneimitteln ist der therapeutische Nutzen gewichtiger als die Kosten. Dabei ist auch die für die Erzielung des Heilerfolgs maßgebliche Zeit zu berücksichtigen. Erprobungen von Arzneimitteln auf Kosten des Versicherungsträgers sind unzulässig. Dies gilt auch für Erprobungen nach der Zulassung des Arzneimittels.
13. Therapeutischer Nutzen setzt eine Nutzen-Risiko-Abwägung mit günstigem Ergebnis voraus; er besteht in einem nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse relevanten Ausmaß der Wirksamkeit bei einer definierten Indikation. Arzneimittel mit nicht ausreichend gesichertem therapeutischen Nutzen darf der Vertragsarzt nicht verordnen.
Die Verordnung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist nicht ausgeschlossen. Bei ihrer Verordnung ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen (§§ 2, 34 SGB V).
14. Die Hinweise zu bestimmten Arzneimitteln und Therapieprinzipien (Anlage 4) sind zu beachten. Es wird empfohlen, die von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft erstellten und in "Arzneiverordnung in der Praxis" veröffentlichten Therapieempfehlungen in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.
15. Die langfristige medikamentöse Behandlung zur Vorbeugung einer Erkrankung hat sich am Stand der jeweiligen wissenschaftlich begründeten epidemiologischen Erkenntnisse zu orientieren. Sie soll ggf. begleitet sein von allgemeinen medizinischen Maßnahmen und umfaßt die Prophylaxe von Zahn- und Knochenerkrankungen des Kindes, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose.

E. Leistungsrechtliche Ausschlüsse bei der Arzneimittelversorgung

16. Folgende Arzneimittel sind in der vertragsärztlichen Versorgung nicht verordnungsfähig:

16.1 Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 SGB V bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Dies sind folgende Arzneimittel:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich
- Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen z.B. im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megakolon, Divertikulose, Divertikulitis, neurogene Darmlähmungen, vor diagnostischen Eingriffen und bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen z.B. Menièrescher Symptomkomplex).

16.2 Arzneimittel, welche aufgrund von § 34 Abs. 3 SGB V durch die Rechtsverordnung vom 21.2.1990 als "unwirtschaftliche Arzneimittel" von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind (sogenannte Negativliste). Dies sind Arzneimittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

F. Verordnungseinschränkungen aufgrund §§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12, 70 SGB V und zugelassene Ausnahmen

17. Für die nachstehend aufgeführten Therapieverfahren und Arzneimittel fehlen - von den erwähnten Ausnahmen abgesehen - im allgemeinen die Voraussetzungen

- für die Notwendigkeit einer entsprechenden Arzneimitteltherapie
- für deren therapeutischen Nutzen

oder es kann das Behandlungsziel ebenso auch durch nicht medikamentöse Maßnahmen erreicht werden.

17.1. Folgende Mittel dürfen - von den genannten Ausnahmen abgesehen - nicht verordnet werden:

- a) Genußmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltende Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, daß sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden
- b) Mineral-, Heil- oder andere Wässer
- c) Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen sind als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und -anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen
- d) Balneotherapeutika, ausgenommen als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises
- e) Mittel, die der Veränderung der Körperform (z.B. Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen
- f) Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und Mittel, die der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz dienen
- g) Mittel zur Raucherentwöhnung
- h) Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen
- i) Würz- und Süßstoffe, Obstsäfte, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate

Als Ausnahmen sind nur zulässig Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate bei angeborenen Enzymmangelkrankheiten, Elementardiäten (Gemische von Nahrungsgrundbausteinen, Vitaminen und Spurenelementen) bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, stark Untergewichtigen mit Mukoviszidose, bei Patienten mit chronisch terminaler Niereninsuffizienz unter eiweißarmer Ernährung und bei Patienten mit konsumierenden Erkrankungen sowie medizinisch indizierter Sondenernährung

- j) Abmagerungsmittel und Appetitzügler
- k) Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen
- l) Stimulantien (z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der sogenannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder
- m) sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate
- n) sogenannte Geriatrika und sogenannte Arteriosklerosemittel
- o) Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel
- p) Insekten-Abschreckmittel
- q) Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern und zur Osteoporoseprophylaxe
- r) Arzneimittel, welche nach Art. 1 § 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:
"Traditionell angewendet:
 - a) zur Stärkung oder Kräftigung
 - b) zur Besserung des Befindens
 - c) zur Unterstützung der Organfunktion
 - d) zur Vorbeugung
 - e) als mild wirkendes Arzneimittel"

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

in den Verkehr gebracht werden.

Die Verordnung der Arzneimittel in den zugelassenen Fällen ist in der ärztlichen Dokumentation zu begründen.

17.2 Folgende Arzneimittel dürfen nur verordnet werden unter der Voraussetzung, daß zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen genutzt wurden (z.B. diätetischer oder physikalischer Art, Lebensführung, körperliches Training etc.), hierdurch aber das Behandlungsziel nicht erreicht werden konnte und eine medikamentöse Behandlung mit diesen Arzneimitteln zusätzlich erforderlich ist:

- a) Carminativa, Amara, Acida, ausgenommen gasbindende Mittel vor diagnostischen Maßnahmen
- b) Gallenwegs- und Lebertherapeutika, ausgenommen Arzneimittel zur Auflösung von Cholesteringallensteinen, zur Behandlung bei Präcoma/Coma hepaticum und bei hepatischer Encephalopathie
- c) Mittel zur Regulation der Darmflora einschließlich Stoffwechselprodukte, Zellen, Zellteile und Hydrolysate von bakteriellen Mikroorganismen enthaltende Präparate
- d) Antihypotonika zur oralen Anwendung
- e) Arzneimittel zur Behandlung dysmenorrhöischer und klimakterischer Beschwerden, ausgenommen:
 - hormonelle Behandlung
 - Prostaglandin-Synthetasehemmer als Monopräparate
 - topische Sexualhormone
- f) sog. Umstimmungsmittel und Immunstimulantien
- g) Mineralstoffpräparate zur oralen Anwendung, ausgenommen
 - Calcium-Verbindungen als Monopräparate bei dokumentierter Hypokalziämie und bei Osteoporose (auch kombiniert mit Fluorid)
 - Fluorid zur Kariesprophylaxe des Kindes und bei Osteoporose
 - Zink-Verbindungen als Monopräparate bei nachgewiesenem Zinkmangel,

z.B. bei Hämodialysebehandlung

- gepufferte und ungepufferte Kaliumverbindungen als Monopräparate bei Hypokaliämie
- Magnesium- und Magnesium-Kalium-Verbindungen zur kardialen Therapie
- Magnesiumverbindungen als Monopräparate bei neuromuskulären Störungen
- Elektrolytsubstitution bei schwerer Diarrhoe, bei Nierenerkrankungen und zum Ausgleich des Säure-Basen-Haushalts

- h) Vitaminpräparate, ausgenommen bei nachgewiesenem Vitaminmangel jeglicher Ursache, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann

Ausgenommen sind weiterhin die prophylaktische Gabe von Vitamin D zur Prävention der Rachitis des Kindes oder der renalen Osteopathie, die Vitamin K-Prophylaxe bei Neugeborenen, die Gabe von Vitaminen bei therapeutisch verursachtem Mehrbedarf sowie eine parenterale prophylaktische Anwendung von Vitaminen, insbesondere von Vitamin B₁₂ oder Folsäure und den fettlöslichen Vitaminen, bei irreversiblen Malassimilationssyndrom jeglicher Ursache, bei parenteraler Ernährung und Sondenernährung sowie bei länger dauernder Infusionstherapie und ferner die niedrigdosierte Gabe von Vitamin D bei der Behandlung der Osteoporose mit Calciumpräparaten.

- i) Fixe Kombinationen von
- Antacida
 - Muskelrelaxantien
 - Antiphlogistika/Antirheumatika
- mit anderen Wirkstoffen

- j) Venentherapeutika zur topischen und systemischen Anwendung bei varicösem Syndrom und chronisch venöser Insuffizienz, ausgenommen Verödungsmittel

- k) Arzneimittel zum Schutz der Gelenkfunktion bei Abbauerscheinungen des Knorpels zur lokalen und systemischen Anwendung (sog. Chondroprotektiva und Antiarthrotika).

18. Bei der Behandlung von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Hyperlipidämie und Gicht sind die Hinweise nach den Nrn. 6 und 10 besonders zu berücksichtigen, da hier eine medikamentöse Behandlung ohne vorausgegangene und/oder gleichzeitige allgemeine Maßnahmen insbesondere diätetischer Art nicht gerechtfertigt ist.

19. Die langfristige Verordnung (über mehr als 2 Monate) von Tranquillantien und Hypnotika bedarf strenger Indikationsstellung und der Begründung in der ärztlichen Dokumentation.

20. Impfstoffe und/oder Immunglobulin-Präparate dürfen insbesondere

- bei Verletzten (z.B. Tetanus, Tollwut)
- bei immunsupprimierten Patienten und bei Patienten mit Immundefekt
- bei Hepatitiskontaktpersonen
- bei Röteln-, Varizellen- oder Zostervirenexposition Schwangerer, Frühgeborener und Kinder
- sowie nach Exposition mit einem infektiösen bzw. kontaminierten Material

verordnet werden, wenn nach wissenschaftlicher Erkenntnis hierdurch ein Krankheitsausbruch mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert werden kann. Im übrigen ist eine Verordnung für vorbeugende Schutzimpfungen und als vorbeugende Serungabe nur nach Maßgabe der jeweiligen Satzungsbestimmungen der Krankenkasse möglich.

G. Verordnungsmenge

21. Die zu verordnende Menge hängt in erster Linie von der Art und Dauer der Erkrankung ab. Bei akuten Erkrankungen kann die Verordnung einer zu großen Menge zur Arzneimittelvergeudung führen. Bei chronischen Krankheiten kann die Verordnung von großen Mengen wirtschaftlicher sein als wiederholte Verordnungen kleiner Mengen. Um die Verträglichkeit und Wirkung zu prüfen, empfiehlt sich zunächst die Verordnung von Kleinpackungen.

22. Bei Verordnungen sind Art und Menge der dem Versicherten bereits verordneten Arzneimittel zu berücksichtigen. Dabei ist die Koordination der Arzneimitteltherapie im Rahmen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V zu beachten.

23. Vor jeder Wiederholung von Arzneimittelverordnungen soll der Vertragsarzt prüfen, ob eine Wiederholung erforderlich ist und verantwortet werden kann und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungszeit übereinstimmt. Dabei ist einmal auf Arzneimittelmissbrauch im Sinne einer Gewöhnung oder einer Arzneimittelabhängigkeit zu achten, zum anderen auf Möglichkeiten einer Gefährdung des Versicherten.

H. Berücksichtigung des Arzneimittelpreises

24. Der Vertragsarzt soll bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Wirtschaftlichkeit auch den Preis des Arzneimittels berücksichtigen. Dies bedeutet nicht, daß nur preisgünstigere Arzneimittel verordnet werden dürfen. Auch teurere Arzneimittel können nach ärztlichem Ermessen im Hinblick auf die Art der Erkrankung und die Umstände des Krankheitsfalls erforderlich sein.
25. Zur wirtschaftlichen Verordnung gehört auch die Verpflichtung des Vertragsarztes, sich im Rahmen des Möglichen über die Preise der von ihm verordneten Arzneimittel zu unterrichten. Der Vertragsarzt soll auch unterhalb von Festbeträgen Preisvergleiche vornehmen. Der Preis eines Festbetragsarzneimittels allein ist kein Aufgreifkriterium für die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall.

I. Sonstige Verordnungsgrundsätze

26. Der Vertragsarzt entscheidet nach seiner ärztlichen Einschätzung, ob er im Einzelfall bei der Verordnung eines Arzneimittels die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches und galenisch vergleichbares Arzneimittel durch den Apotheker zulassen will. Die Entscheidung, daß der Apotheker ein wirkstoffgleiches und galenisch vergleichbares Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf, hat der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen.
27. Der Vertragsarzt kann, sofern er dies im Einzelfall medizinisch für vertretbar hält, Arzneimittel nach Rezeptur sowie unter generischem Namen oder Freinamen verordnen.

J. Arzneimittelübersicht(en)

28. Für die in der Nr. 16.2 aufgeführten Arzneimittelgruppen bzw. erwähnten Arzneimittel erstellt der Bundesausschuß entsprechende Übersichten über Fertigarzneimittel. Das Muster der Übersichten ist als Anlage 3 beigelegt. Die Übersichten werden in regelmäßigen Zeitabständen weiterentwickelt.
29. Die nach § 92 Abs. 2 SGB V vorgeschriebene Zusammenstellung von Arzneimitteln, die Bestandteil dieser Richtlinien ist, soll dem Vertragsarzt einen Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglichen. Der Bundesausschuß beschließt das Muster der "Preisvergleichsliste" mit Vorbemerkungen und Grundsätzen für deren Aufstellung als Anlage zu diesen Richtlinien (Anlage 1).

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Aufnahme von Indikations- und Stoffgruppen, für welche die Arzneimittel in die Preisvergleichsliste aufgenommen werden sollen sowie über die zu den Indikations- und Stoffgruppen gegebenen Arzneiinformatioren. Dem Arbeitsausschuß "Arzneimittel-Richtlinien" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wird nach Maßgabe des beschlossenen Musters und in Vollzug der vorgenannten Grundsätze die Aufnahme der Arzneimittel in die einzelnen Stoffgruppen, die Aktualisierung der Preisvergleichsliste und gegebenenfalls die Herausgabe von Hinweisen zum Gebrauch der Liste im Auftrag und nach Weisung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen übertragen. Dies umfaßt auch die Anpassung der Arzneiinformatioren an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und die Anpassung des Tabellenwerkes an den Arzneimittelmarkt. Der Arbeitsausschuß "Arzneimittel-Richtlinien" kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Durchführung seiner Beschlüsse beauftragen.

K. Bildung von Festbetragsgruppen gemäß § 35 SGB V

30. Die nach § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB V festzulegenden Gruppen von Arzneimitteln, für die Festbeträge festgesetzt werden können, sowie die jeweiligen Vergleichsgrößen nach § 35 Abs. 1 Satz 5 SGB V ergeben sich aus der Anlage 2 zu diesen Richtlinien.

Nach § 35 SGB V bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. Dem Arbeitsausschuß "Arzneimittel-Richtlinien" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wird hierbei die Aktualisierung der bereits beschlossenen Festbetragsgruppen übertragen. Dies umfaßt auch die Anpassung der Festbetragsgruppen an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft (z.B. Änderung von Äquivalenzfaktoren) und die Anpassung der Festbetragsgruppen an den Arzneimittelmarkt (z.B. Aufnahme neuer Wirkstoffe, Darreichungsformen, Wirkstärken, Zusätze und Spezifizierungen).

Die Richtlinien treten am 1. Januar 1994 in Kraft.^{*)}

Köln, den 31. August 1993

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

^{*)} Änderung vom 23. August 1994 ist am 30. September 1994 in Kraft getreten.

Anlage 1

(zu Nr. 29 der Arzneimittel-Richtlinien)

Preisvergleichsliste (nicht abgedruckt)

Es gilt die Anlage 1 der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 9. April 1991 unter Berücksichtigung der redaktionellen Änderungen vom 17. Juni 1992 nach dem Stand der Datenerhebung vom 1. April 1992.

Anlage 2

(zu Nr. 30 der Arzneimittel-Richtlinien)

Regelungen zur Festbetragsgruppenbildung

Es gilt die Anlage 2 der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 17. Dezember 1992 zuzüglich der Ergänzungen vom 26. Februar 1993, 9. März 1993, 11. Mai 1993, 17. August 1993, 31. August 1993, 17. Dezember 1993, 16. Februar 1994, 25. Mai 1994, 23. August 1994, 22. November 1994, 14. Februar 1995, 8. Mai 1995, 22. August 1995, 14. Dezember 1995, 23. Februar 1996, 20. Juni 1996, 12. September 1996, 17. Dezember 1996, 20. Februar 1997, 13. Mai 1997, 1. Oktober 1997, 18. Februar 1998, 24. April 1998, 26. Juni 1998, 3. August 1998, 8. Januar 1999, 22. Februar 1999, 18. Januar 2000, 3. Juli 2000, 10. November 2000.

Anlage 3

(zu Nr. 28 der Arzneimittel-Richtlinien)

Fertigarzneimittelübersichten (nicht abgedruckt)

Listung von Fertigarzneimitteln, die nach § 34 Abs 3 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind (vgl. Nr. 16.2 der Richtlinien).

Es gilt die Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 31. August 1993.

Anlage 4

(zu Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien)

Es gilt die Anlage 4 der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 23. Februar 1996 zuzüglich der Ergänzungen vom 20. Juni 1996, 12. September 1996, 22. Februar 1999, 10. Dezember 1999, 16. Februar 2000, 10. April 2000, 16. Oktober 2000, 11. Dezember 2000, 3. Mai 2001.