

## **ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs**

**VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: ab 01.04.2025**

### **Hinweise zur Verordnung von Sprechstundenbedarf**

1. Kosten, die durch die GOP des EBM abgegolten sind, können nicht als SSB verordnet/abgerechnet werden.
2. Als SSB gelten nur die Artikel, die bei mehr als einem Versicherten angewendet werden oder die zur Sofort-/Akutbehandlung zur Verfügung stehen müssen.
3. Unter Sofort-/Akutbehandlung werden Arzneimittel oder andere Substanzen verstanden, die zur Anwendung bei mehr als einem Patienten sofort oder in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung anzuwenden sind und üblicherweise mit einem nur geringen Teil einer Handelspackung vom Arzt appliziert werden und nicht mit der EBM-Gebühr abgegolten sind.
4. Arzneimittel und Medizinprodukte sind im SSB nur zulässig, wenn sie gemäß den gesetzlichen Regelungen verordnungsfähig bzw. durch die Arzneimittelrichtlinien für die Versorgung zugelassen sind. Ausnahmen sind ausdrücklich in der Anlage 1 definiert.
5. Der Bezug in Deutschland nicht allgemein verkehrsfähiger Arzneimittel / Sprechstundenbedarfsartikel durch Einzelimport aus dem Ausland ist als Sprechstundenbedarf zulasten der Krankenkassen unzulässig und bedarf bei Lieferengpässen einer gesonderten Freigabe nach Abstimmung mit den Krankenkassen durch die KV Hamburg
6. Mittel der besonderen Therapierichtungen stellen keinen SSB dar (z.B. Homöopathika, Anthroposophika).
7. Arzneimittel sowie Medizinprodukte mit Arzneimittel-Charakter gem. Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie dürfen nur gemäß ihrer Zulassung eingesetzt werden. Ausnahmen sind ausdrücklich in dieser Anlage definiert.
8. Rezepturen sind kein SSB. Es sei denn, sie werden ausdrücklich in dieser Anlage zugelassen. Das Abfüllen aus größeren Gebinden stellt keine Rezeptur dar. Bei Lieferengpässen bedarf es einer gesonderten Freigabe nach Abstimmung mit den Krankenkassen durch die KV Hamburg.
9. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist bei der Verordnung von SSB zu beachten.
10. Der Bezug von Artikeln des SSB als Bestandteil von durch Lieferanten oder der Industrie bzw. vom Hersteller zusammengestellten Produktpaketen (z.B. Kitpacks, Sets) ist nur zulässig, sofern alle darin beinhalteten Produkte über den SSB nach Anlage 1 verordnungsfähig sind.
11. Artikel, die über Sondervereinbarungen/Selektivverträge abgegolten sind, sind kein SSB.
12. Soweit die Verordnungsfähigkeit von Mitteln auf Ärzte eines bzw. mehrerer Fachgebiete beschränkt wird, sind die entsprechenden Fachgebietsgrenzen zu beachten und eine Verordnung als SSB für Ärzte anderer Fachgebiete ausgeschlossen.

13. „Die Zuordnung von Fertigarzneimitteln zu Wirkstoffgruppen der SSB-Vereinbarung erfolgt entsprechend ihres ATC-Codes auf Basis der WIdO-Stammdatei plus des GKV-Arzneimittelindex“. Beispiel: Marcumar® (Phenprocumon) ATC B01AA04 = Vitamin K-Antagonisten=kein SSB  
Eliquis® (Apixaban) ATC B01AF02=Direkte Faktor Xa-Inhibitoren=Zur Initialbehandlung von TVT und Lungenembolie entsprechend der jeweiligen Fachinformation

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: A.....  | 4  |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: B – C.....                                      | 10 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: D – G .....                                     | 12 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: H – L.....                                      | 15 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: M – O .....                                     | 19 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: P – S .....                                     | 25 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: T – Z .....                                     | 27 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) - Verband-, Kompressions- und OP-Material .....                 | 29 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) - Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf.....                 | 37 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) - Urologischer Bedarf .....                                     | 43 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) - Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme..... | 44 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) - Desinfektions-, Reinigungs- und Pflegemittel.....             | 49 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Gefäße .....  | 51 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Sonstiges.....  | 52 |
| Sprechstundenbedarf (SSB) – Instrumente, Geräte und Zubehör .....                         | 54 |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: A

| Produkte / Produktgruppe  | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis / s. auch       |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.</b> |                           |   |                             |
| Abführmittel  |                           |   | s. Mittel gegen Obstipation |
| Acidose-therapeutika  | nein                      |   |                             |
| Adenosin  | ja                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>für die Myokardszintigraphie bei nicht ausreichend körperlich belastbaren Patienten</li> <li>Wiederherstellung eines normalen Sinusrhythmus bei Tachykardien im Rahmen einer Anästhesie</li> </ul> <p>Regadenoson nur bei Kontraindikation gegen Adenosin</p>  |                             |
| Adrenalin   |                           |   | s. Kardiotimulanzen         |
| Aktivkohle  | ja                        | zur Notfallbehandlung   | s. Medizinische Kohle       |
| Allgemeinanästhetika  | ja                        | <p>Im Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inhalationsanästhetika (Narkosegase)</li> <li>Lachgas (Distickstoff-monoxid)</li> <li>Mittel zur i.v. Narkose (Barbiturate, Opioidanästhetika Ketamin, Esketamin, Etomidat, Propofol, Natriumoxybat)</li> </ul>   |                             |
|   | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Feststehende Kombinationen aus medizinischem Lachgas und medizinischem Sauerstoff</li> </ul>   |                             |
| Altinsulin  |                           |   | s. Antidiabetika            |
| Analgetika/Antiphlogistika /Antirheumatika  | ja                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff:<br/>nur schnell freisetzende Darreichungsformen (oral, parenteral, rektal)</li> <li>nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbereitschaften zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung: Diclofenac 75 mg</li> </ul> |                             |

|  |      |   |  |
|--|------|---|--|
|  |      | Retardtabletten/-kapseln, Tramadol Retard   |  |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cox2-Hemmer</li> <li>• Präparate mit modifizierter bzw. retardierter Wirkstofffreisetzung; (ausgenommen Diclofenac 75 mg Retardtabletten/-kapseln nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbisuchen)</li> <li>• Fixe Kombinationen von Antiphlogistika oder Antirheumatika mit anderen Wirkstoffen (Ausschluss nach Anlage III Nr. 6 der Arzneimittelrichtlinie; z.B. Phenylbutazon und Lidocain);</li> <li>• Piroxicam (nicht zur Einleitung der Behandlung von Erkrankungen geeignet, bei denen ein rascher Wirkungseintritt benötigt wird und nicht die Therapie der ersten Wahl)</li> </ul> |  |
| Antianämika                            | nein | z.B. Eisen Injektions-/Infusionslösungen, Erythropoetine  |  |
| Antiarrhythmika, inkl. Herzglykoside   | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff<br><br>nur parenterale Darreichungsformen  |  |
| Antibiotika zur systemischen Anwendung | ja   | im Zusammenhang mit operativen Eingriffen; für die Sofort-/Akutbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• parenteral</li> <li>• Single-Shot (oral) bei operativen Eingriffen</li> </ul><br>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbisuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern; <ul style="list-style-type: none"> <li>• oral: Abgabe nur einzelner Tabletten; Saft nur für Kinder bis 12 Jahre</li> </ul>  | s. Dermatika<br>s. Ophthalmika<br>s. Otologika |
|  | nein | Mittel zur Behandlung der Akne/Rosacea  |  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                |      |  |   |
|----------------|------|--|---|
| Antidiabetika  | ja   | = Normal-, Altinsulin = schnell und kurzwirksames Humaninsulin für Notfälle; nur Ampullen  | s. Insulin  |
|                | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulinanaloge</li> <li>• Insuline mit verzögerter Wirkstofffreisetzung oder Langzeitwirkung</li> <li>• andere Antidiabetika</li> <li>• Fertigpens</li> </ul>   |   |
| Antidementiva  | nein |  |   |
| Antidepressiva | nein |  |   |
| Antidiarrhoika | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung: Loperamid (Verschreibungspflichtige- und OTC-Produkte; auch Schmelztabletten)  |   |
|                | nein | Elektrolyte (+Glucose), Escherichia coli Stamm Nissle 1917, Saccharomyces boulardii,   |   |
| Antidota       | ja   | <p>zur Notfallbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acetylcystein bei Paracetamol-Vergiftung;</li> <li>• Amylnitrit;</li> <li>• Anticholinium (Physostigmin);</li> <li>• Apomorphin;</li> <li>• EDTAte;</li> <li>• Flumazenil;</li> <li>• Ipecacuanha-Mittel;</li> <li>• Lipidemulsion 19%/20% parenteral bei Lokalanästhetika-Intoxikation</li> <li>• Methionin bei Paracetamol-Vergiftung;</li> <li>• Methylenblau bei toxischer Methämoglobinämie;</li> <li>• Naloxon;</li> <li>• Natriumthiosulfat;</li> <li>• PEG;</li> <li>• Polystyrolsulfonat-Plv.;</li> <li>• Toluidinblau;</li> <li>• 4-DMAP;</li> <li>• Sugammadex</li> <li>• Protamin;</li> <li>• Atropin;</li> <li>• Obidoxim;</li> <li>• Dimaval Ampullen;</li> <li>• Trometamol;</li> <li>• Glucagon;</li> </ul> <p>In der Onkologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folsäure-Salze als FertigArzneimittel;</li> <li>• Mesna;</li> <li>• Dimethylsulfoxid</li> </ul> | s. Mittel gegen Obstipation => Lactulose ausschließlich bei Lebervergiftung |

|                   |      |   |   |
|-------------------|------|---|---|
|                   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyxoid-Nasenspray</li> <li>• Amalgam-Entgiftungsmittel</li> <li>• EDTA zur Chelattherapie</li> <li>• Methionin zur Harnsteinprophylaxe oder Harnsäuerung</li> <li>• Penicillamin</li> <li>• Schlangen-Antiserum</li> <li>• Dimaval oral</li> <li>• Dexrazoxan</li> </ul>   |   |
| Antiemetika       | ja   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung</li> <li>• Im Zusammenhang mit operativen Eingriffen; auch bei geplanten Chemotherapie-Schemata</li> <li>• Ausschließlich in parenteraler Darreichungsform</li> <li>• In anderen Darreichungsformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für Säuglinge und Kleinkinder</li> <li>○ zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst)</li> </ul> </li> </ul> | s. Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen=> Prokinetika<br>s. Antipsychotika => Droperidol (DHB) |
|                   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depot- und Retardformen</li> <li>• Aprepitant</li> <li>• Mittel gegen Reiseübelkeit</li> <li>• Scopolaminpflaster</li> </ul>   |   |
| Antiepileptika    | ja   | <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parenteral <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Phenytoin</li> <li>○ Valproinsäure</li> </ul> </li> <li>• Oral <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clonazepam</li> </ul> </li> </ul>  | s. Hypnotika und Sedativa/Anxiolytika   |
| Antifibrinolytika |      |   | s. Antihämorrhagika   |
| Antihämorrhagika  | ja   | <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung und perioperativ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranexamsäure,</li> <li>• Fibrinkleber,</li> <li>• Adrenalin;</li> <li>• Eisen –salzhaltige Lösungen als Blutstillungsmittel (auch als Rezepturen)</li> </ul> <p>Vitamin K (Phytomenadion)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfallbehandlung bei Patienten mit Vitamin-K-Mangelblutung,</li> <li>• zur Prophylaxe der Vitamin-K-Mangelblutung bei Neugeborenen</li> </ul>  | s. Verband-, Kompressions- und OP-Material  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |  |  |
|--|------|--|--|
| Antihistaminika zur systemischen Anwendung               | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; nur flüssige Darreichungsformen zur oralen Anwendung (Tropfen, Saft) und injizierbare Darreichungsformen   | s. Mittel bei peptischen Ulkus   |
|  | nein | Tabletten  |  |
| Antihypotonika   |      |  | s. Kardio stimulanzien /Antihypotonika   |
| Antikoagulantia  |      |  | s. Antithrombotische Mittel/Heparine<br>s. Thrombozyten-aggregationshemmer<br>s. Vitamin-K-Antagonisten<br>s. Antithrombotische Mittel/Direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren |
| Antihypertensiva   | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; nur Arzneimittel, die zur Behandlung hypertensiver Krisen zugelassen sind; nur parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clonidin,</li> <li>• Dihydralazin,</li> <li>• Urapidil</li> </ul>  | s. Betablocker<br>s. Calciumantagonisten<br>s. Diuretika<br>s. Vasodilatoren   |
|  | nein | orale Darreichungsformen zur Dauertherapie oder Einstellung, Retardformen  |  |
| Antimykotika zur systemischen Anwendung                  | nein | Nystatin Suspension, Nystatin Mundgel  | s. Dermatika   |
| Antiparkinsonmittel                                      | ja   | Ausschließlich parenteral zur Sofort-/Akutbehandlung   |  |
| Antiphlogistika / Antirheumatika                         |      |  | s. Analgetika/ Antiphlogistika/ Antirheumatika   |
| Antipsychotika   | Ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parenteral</li> <li>• Oral in Tropfen: Haloperidol, Levomepromazin,</li> </ul><br>Droperidol parenteral zur Sofort-/Akutbehandlung- und in Notfällen sowie im Zusammenhang mit Operationen zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen |  |
| Antithrombotische Mittel/Enzyme                          | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung- und Notfallbehandlung:<br>Alteplase, Tenecteplase, Streptokinase, Urokinase  |  |
| Antithrombotische Mittel/Direkte Thrombininhibitoren und | ja   | Zur Initialbehandlung von TVT und Lungenembolie entsprechend der jeweiligen Fachinformation  | s. Fondaparinux<br>s. Thrombozyten-aggregationshemmer  |



ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                                   |      |  |   |
|-----------------------------------|------|--|---|
| direkte Faktor Xa-Inhibitoren     | nein | Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig  | s. Vitamin-K-Antagonisten   |
| Antithrombotische Mittel/Heparine | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; zur Anwendung (Thromboseprophylaxe) im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum am Tag der Verletzung bzw. Operation) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parenteral: Heparine/Niedermolekulare Heparine</li> </ul> | s. Fondaparinux<br>s. Thrombozytenaggregationshemmer<br>s. Vitamin-K-Antagonisten |
|                                   | nein | Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.   |   |
| Antitussiva                       | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung- und Notfallbehandlung; bei pulmonologischen Untersuchungen (Bronchoskopie, im Rahmen von Anästhesie/Intubation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opiate (Codein, Dihydrocodein, Noscarpin)</li> </ul>  |   |
|                                   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depot- und Retard-Präparate</li> <li>• pflanzliche Präparat</li> </ul>  |   |
| Antivirale Mittel                 | nein |  |   |
| Aqua ad injectabilia              | ja   | Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff, auch bei geplanten Interventionen   |   |
| Arteriosklerosemittel             | nein |  |   |
| Augensalben / -tropfen            |      |  | s. Ophthalmika  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: B – C

| Produkte / Produktgruppe             | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung  | Querverweis / s. auch   |
|--------------------------------------|---------------------------|--|---|
|                                      |                           | <b>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.</b>  |   |
| Balneotherapeutika                   | nein                      |  |   |
| Barbiturate                          |                           |  | s. Allgemeinanästhetika   |
| Benzodiazepine                       |                           |  | s. Hypnotika und Sedativa<br>s. Antiepileptika                    |
| Betablocker                          | ja                        | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• nur Metoprolol parenteral</li> </ul> <p>zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbefuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oral: Abgabe nur einzelner Tabletten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Metoprolol,</li> <li>○ Bisoprolol</li> </ul> </li> </ul> | s. Antihypertensiva   |
|                                      | nein                      | orale Darreichungsformen zur Dauertherapie oder Einstellung, Retardformen  |   |
| Blutegel                             | nein                      |  |   |
| Blutstillungsmittel                  |                           |  | s. Antihämorrhagika<br>s. Verband-, Kompressions- und OP-Material |
| Botulinum-Toxin                      | nein                      |  |   |
| Calcium                              |                           |  | s. Mineralstoffe  |
| Calciumkanalblocker                  | ja                        | Für die direkte Anwendung zur Sofort-/Akutbehandlung sowie im Notfall (als Infusionslösung /Injektion, als Zerbeiß-Kapseln, als orale Lösung): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nifedipin, Nitrendipin</li> <li>• Verapamil</li> </ul>   | s. Antihypertensiva   |
|                                      | nein                      | orale Darreichungsformen zur Dauertherapie oder Einstellung, Retardformen  |   |
| Cholagoga und Gallenwegstherapeutika | nein                      |  |   |

|  |      |   |  |
|--|------|---|--|
| Clpidogrel                                 |      |   | s. Thrombozyten-<br>aggregationshemmer |
| Corticosteroide zur systemischen Anwendung | ja   | <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung; im Zusammenhang mit operativen Eingriffen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parenteral</li> <li>• betamethasonhaltige Tropfen als Akutbehandlung nach Bienen- bzw. Wespenstichen bei Insektenallergie;</li> <li>• Tropfen/Saft/Lösung/Zäpfchen nur in der Pädiatrie für Kinderärzte</li> </ul> <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbefuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prednison/Prednisolon Tabletten, Zäpfchen, Lösung</li> </ul> |  |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoide in Tablettenform</li> <li>• zur Anwendung im Rahmen der PRT</li> </ul>  |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: D – G

| Produkte / Produktgruppe           | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung<br><br>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.   | Querverweis / s. auch  |
|------------------------------------|---------------------------|---|--|
| Dantrolen                          | Ja                        | im Notfall bei maligner Hyperthermie  |  |
| Dermatika                          | ja                        | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung (Erstbehandlung); <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antimykotika nur als Streifen einlage fürs Ohr oder bei Diabetischen Fuß</li> <li>• Antihistaminika nur für Kinderärzte und im Rahmen der Allergietestung bei Kindern und Jugendlichen für HNO-Ärzte, Dermatologen und Pneumologen</li> <li>• Antibiotika und Chemotherapeutika</li> <li>• Corticosteroide (nur mittelstark und stark wirksame)</li> <li>• stark wirksame Corticosteroide, in Kombinationen mit Antibiotika zur lokalen Anwendung bei Entzündung des äußeren Gehörganges</li> <li>• Panthenol</li> <li>• Pasta Zinci</li> </ul> | s. Desinfektions-, Reinigungs- und Pflegemittel<br>Lokalanästhetika –haltige Salben/Cremes/Gele: siehe Lokalanästhetika=>Oberflächenanästhesie |
|                                    | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aknemittel</li> <li>• Mittel der besonderen Therapierichtungen</li> </ul>  |  |
| Diätetika / Ernährungstherapeutika | nein                      |   |  |
| Diuretika                          | ja                        | zur Sofort-/Akutbehandlung- und Notfallbehandlung: nur Schleifendiuretika parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Furosemid,</li> <li>• Torasemid</li> </ul><br>zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus-und Heimbisuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem   | s. Antihypertensiva  |

|                               |      |   |   |
|-------------------------------|------|---|---|
|                               |      | Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern: <ul style="list-style-type: none"> <li>oral: Abgabe nur einzelner Tabletten <ul style="list-style-type: none"> <li>Furosemid</li> <li>Torasemid</li> </ul> </li> </ul>  |   |
|                               | nein | Präparate mit modifizierter z.B. retardierter Wirkstofffreisetzung, Dauertherapie und Einstellung   |   |
| Dobutamin                     |      |   | s. Kardiotimulanzen                                     |
| Dopamin                       |      |   | s. Kardiotimulanzen                                     |
| Droperidol                    |      |   | s. Antipsychotika                                       |
| Druckluft, medizinische       |      |   | s. Medizinische Gase                                    |
| durchblutungsfördernde Mittel |      |   | s. Vasodilatoren, peripher<br>s. hyperämisierende Salbe |
| Eisen-Chelatbildner           | ja   | nur Deferoxamin bei akuter Eisenvergiftung  |   |
| Emetika                       |      |   | s. Antidota   |
| Expektorantien                | nein |   |   |
| Fondaparinux                  | ja   | zur Sofort/Akut- und Notfallbehandlung:<br>Fondaparinux 2,5 mg zur Notfallbehandlung akuter, symptomatischer, spontaner, oberflächlicher Venenthrombosen der unteren Extremitäten ohne begleitende tiefe Venenthrombose bei Erwachsenen, 1x kleinste OP je Quartal für Notfälle<br><br>bei bekannter Heparinunverträglichkeit: auch zur Anwendung (Thromboseprophylaxe) im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum am Tag der Verletzung bzw. Operation) |   |
|                               | nein | Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.  |   |
| Glaukommittel                 | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung und im Rahmen ophthalmochirurgischer Eingriffe oral, parenteral, topisch   | s. Ophthalmika  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|   |      |  |  |
|---|------|--|--|
|   |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carboanhydrasehemmer</li> <li>• Betablocker</li> <li>• Alpha-2-Blocker</li> <li>• Pilocarpin</li> </ul>   |  |
| Gleitmittel/Gleitgele                               | ja   | <p>Zur Anwendung im Rahmen der Katheterisierung und für rektale/vaginale/urethrale Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apo. Arzneimittel und Medizinprodukte</li> <li>• auch solche mit Zusatz eines Anästhetikums</li> <li>• auch solche mit Zusatz eines Antiseptikums</li> <li>• auch Vaseline und Paraffine</li> </ul> |  |
|   | nein | Instrumentengele   |  |
| Gichtmittel   | nein |  |  |
| Glucagon  | ja   | <p>zur Behandlung schwerer hypoglykämischer Reaktionen, die bei der Insulintherapie von Kindern und Erwachsenen auftreten können</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung, auch Hypokit</li> </ul>   |  |
|   | nein | Glucagon als Nasenspray oder Nasenpulver   |  |
| Grippemittel und Mittel gegen Erkältungskrankheiten | nein |  |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: H – L

| Produkte / Produktgruppe                        | Verordnungs-fähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung<br><br>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.  | Querverweis / s. auch  |
|---|----------------------------|--|--|
| Hämorrhoidenmittel                              | nein                       |  |  |
| Hämostyptika                                    |                            |  | s. Antihämorrhagika<br>s. Verband-,<br>Kompressions- und OP-<br>Material |
| Harnröhren-Gleitmittel                          |                            |  | s. Gleitmittel/Gleitgele   |
| Heparine  |                            |  | s. Antithrombotische<br>Mittel/Heparine                                  |
| Hepatika  | nein                       |  |  |
| Hyaluronidase 150 I.E                           | ja                         | für ophthalmochirurgische Eingriffe  |  |
| Hyperämisierende Salbe                          | ja                         | nach Fachinformation zugelassene Salben zur Förderung der Hautdurchblutung vor der kapillaren Blutentnahme durch Pneumologen   |  |
| Hypnotika und Sedativa/<br>Anxiolytika          | ja                         | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung;<br>zur Vorbereitung von Narkosen,<br>diagnostischen Maßnahmen oder<br>endoskopischen Leistungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral</li> <li>• Parenteral</li> <li>• Rektal</li> <li>• Sublingual</li> <li>• buccal</li> </ul> |  |
|   | nein                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazepine als Schlafmittel,</li> <li>• nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</li> <li>• Eszopiclon, Zolpidem, Zopiclon</li> <li>• Melatonin</li> </ul>   |  |
| Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga | ja                         | Zur Diagnostik<br><br>ACTH-Stimulationstest  | s. Diagnostika,<br>Diagnosebedarf,<br>Laborbedarf=><br>Testsubstanzen    |
| Immunglobuline                                  | ja                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetanus-Immunglobulin zur Postexpositionellen Prophylaxe</li> <li>• Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe im Notfall</li> <li>• Monoklonaler Antikörper Nirsevimab zur RSV-Prophylaxe bei Säuglingen</li> </ul>                               |  |

|   |      |   |  |
|---|------|---|--|
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetanus-Immunglobulin bei Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers, z.B. Unfallversicherungsträger</li> <li>• Andere Immunglobulin, z.B. Synagis®, Beriglobin®, Polyglobin®, Octagam®</li> </ul>  |  |
| Immunmodulatoren                                  | nein |   |  |
| Impfungen nach Schutzimpfungsrichtlinie           |      |   | s. „Vereinbarung über die Verordnung von Impfstoffen zur Sofortanwendung in der vertragsärztlichen Praxis“ |
| Import-Arzneimittel (Einzelimporte nach § 73 AMG) | nein |   | Einzelimporte nach § 73 AMG  |
| Infusionslösungen                                 | ja   | <p>Infusionslösungen/Blutersatzmittel Zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten; zur Supportivtherapie in der Onkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektrolyt- und Kohlenhydrat-Basislösungen (zum Beispiel Glucose, Kochsalz, Ringer, Kaliumchlorid)</li> <li>• Physiologische Kochsalzlösung auch als Lösungs- und Verdünnungsmittel für Arzneimittel</li> <li>• Gelatine-haltige Infusionslösungen (Plasmaexpander) ab 500ml zur Kreislaufstabilisierung in Notfällen und bei/nach Eingriffen</li> <li>• Mannitol zur Osmotherapie bei Akut- und Notfällen</li> </ul> | s. Testsubstanzen  |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plasmaexpander / Lösungen zur Therapie des Hörsturzes bzw. Tinnitus</li> <li>• Proteinhaltige Lösungen zur parenteralen Ernährung</li> <li>• Fettemulsionen</li> <li>• Hydroxyethylstärke (HAES / HES)</li> </ul>  |  |
| Inhalationsnarkotika                              |      |   | s. Allgemeinanästhetika  |
| Insulin, Normal-/Alt-                             |      |   | s. Antidiabetika   |
| Kardiostimulanzien/ Antihypotonika                | ja   | <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung und zu diagnostischen Zwecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalin-Ampullen, - Durchstechflaschen; Adrenalin-</li> </ul>   | s. Adrenalin, s. Dobutamin, s. Dopamin   |



|   |      |   |   |
|---|------|---|---|
|   |      | <p>Inhalationslösung (z.B. Infektokrupp)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cafedrin/Theodrenalin parenteral</li> <li>• Dopamin parenteral</li> <li>• Dobutamin parenteral zur Stressechokardiographie bei nicht ausreichend körperlich belastbaren Patienten</li> <li>• Ephedrin parenteral</li> <li>• Norepinephrin parenteral</li> </ul>   |   |
|   | nein | <p>Etilefrin, Midodrin, Anaphylaxie-Bestecke, epinephrinhaltige Fertigspritzen, epinephrinhaltige Fertigspritzen, z.B. FASTJEKT, EMERADE, JEXT, EPIPEN AUTOINJEKTOR</p>   |   |
| Karies-,<br>Parodontosemittel und<br>andere Dentalpräparate | nein |   |   |
| Keratolytika  |      |   | s. Warzenmittel und<br>Keratolytika                     |
| Kontrastmittel  | ja   | <p>Kontrastmittel bei bildgebenden Verfahren, die nach einmaliger Anwendung verbraucht sind</p>   |   |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soweit sie mit der Gebühr für die Untersuchung gemäß der jeweiligen Gebührenordnung abgegolten sind</li> <li>• In den Geltungsbereich der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zur Erstattung von Sachkostenpauschalen für Kontrastmittel fallende Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Radiologische Diagnostik und Diagnostische Radiologie, Nuklearmediziner u.a. (s. § 1 Abs. 1 und 5 Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 01.04.2025)</li> </ul> |   |
| Koronarmittel   |      |   | s. Vasodilatoren, bei<br>Herzerkrankungen<br>eingesetzt |
| Kortikoide  |      |   | s. Corticosteroide zur<br>systemischen Anwendung        |
| Lactulose   |      |   | s. Mittel gegen<br>Obstipation                          |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                       |      |  |                             |
|-----------------------|------|--|-----------------------------|
| Laxantien             |      |  | s. Mittel gegen Obstipation |
| Lipidemulsion 10%/20% |      |  | s. Antidota                 |
| Lokalanästhetika      | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung; zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokalanästhesie</li> <li>• Leitungsanästhesie</li> <li>• Oberflächenanästhesie</li> <li>• Spinalanästhesie</li> </ul> |                             |
|                       | nein | Im Zusammenhang mit neuraltherapeutischen Anwendungsprinzipien   |                             |

Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: M – O

| Produkte / Produktgruppe | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung<br><br>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.  | Querverweis / s. auch  |
|--------------------------|---------------------------|--|--|
| Maden                    | nein                      |  |  |
| Magen-Darm-Mittel        |                           |  | s. Antiemetika<br>s. Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen<br>s. Mittel bei peptischem Ulkus und gastrooesophagealer Refluxkrankheit |
| Magnesium                |                           |  | s. Mineralstoffe   |
| Medizinische Gase        | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Druckluft zur Narkose (zur Herstellung eines Luft-Sauerstoff-Gemisches)</li> <li>• Sauerstoff zur Beatmung (zur Narkose und in Notfällen)</li> <li>• CO<sub>2</sub>-Gas für endoskopische/laparoskopische Eingriffe</li> <li>• Kryotherapie: flüssiger Stickstoff Kohlendäureschnee</li> <li>• Kryochirurgie: flüssiger Stickstoff</li> </ul>   | s. Allgemeinanästhetika => Narkosegase<br><br>s. Testgase (Diagnostika)<br>s. Warzenmittel und Keratolytika  |
|                          | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperbare Sauerstofftherapie</li> <li>• Kombinationen aus medizinischem Lachgas und medizinischem Sauerstoff, z.B. Livopan</li> <li>• Kostenübernahme der Flaschen</li> <li>• Miete für die Flaschen</li> <li>• Transaktionspauschale</li> <li>• Energiezuschlag</li> <li>• Öko-Zuschlag</li> <li>• Rückholkosten für die leere Flasche</li> <li>• Mindermengenzuschlag</li> <li>• Befüllung der Flasche</li> <li>• Transportkosten</li> <li>• Gefahrgutzuschlag</li> <li>• Maut</li> </ul> |  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |   |  |
|--|------|---|--|
|  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TÜV-Gebühren</li> <li>• Wartung der Flaschen</li> <li>• Pfand der Flaschen</li> <li>• Entnahme- und Dosierventile</li> </ul>   |  |
| Medizinische Kohle                           | ja   | zur Notfallbehandlung   | s. Aktivkohle  |
| Medizinische Verbände                        | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fucidine-Gaze</li> <li>• Betaisodona-Gaze</li> </ul>  | s. Verband-, Kompressions- und OP-Material => Kompressen |
| Migränemittel                                | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumatriptan parenteral</li> </ul><br>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbisuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumatriptan nasal</li> </ul> |  |
| Mineralstoffe                                | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung, nur parenteral <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcium</li> <li>• Magnesium</li> </ul>   |  |
|  | nein | Kombinationspräparate   |  |
| Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurz wirksame <math>\beta</math>-Sympathomimetika (als Vernebler oder Dosieraerosol)</li> <li>• Anticholinergika (Ipratropium als Vernebler oder Dosieraerosol)</li> <li>• injizierbare Darreichungsformen (z.B. Terbutalin, Reproterol)</li> </ul><br>zu diagnostischen Zwecken: Salbutamol zur Lungenfunktionsprüfung  |  |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittel mit verzögertem Wirkungseintritt</li> <li>• Kombinationspräparate mit verzögert wirkenden Bestandteilen</li> </ul>  |  |

|   |      |  |                |
|---|------|--|----------------|
|   |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• cortisonhaltige Dosieraerosole</li> <li>• monoklonale Antikörper</li> </ul>   |                |
| Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen               | ja   | <p>Silikone (Dimeticon, Simecon)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder</li> <li>• Als Sofortmaßnahme bei oraler Aufnahme von und Intoxikationen mit Tensiden (z. B. Flüssigseifen, Shampoos).</li> </ul> <p>Prokinetika zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prokinetika parenteral</li> </ul> <p>zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbisuchen sofern der Therapiebeginn unmittelbar notwendig und das Aufsuchen einer Apotheke nicht zumutbar ist mit dem Ziel einen schweren Behandlungsverlauf und/oder eine Krankenhauseinweisung zu verhindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prokinetika Tropfen, Zäpfchen</li> </ul> | s. Antiemetika |
| Mittel bei peptischem Ulkus und gastrooesophagealer Refluxkrankheit | ja   | <p>Histamin-H2-Rezeptorantagonisten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Prämedikation zur Prophylaxe des Säureaspirationssyndroms</li> <li>• als Prämedikation vor Narkosen und vor parenteraler Gabe von Röntgenkontrastmitteln ausschließlich bei Patienten mit einer anamnestisch gesicherten Prädisposition zu Histaminbedingten Allergien und Intoleranzen</li> </ul>  |                |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombinationspräparate (z.B. Zaccap)</li> <li>• Prostaglandine (z.B. Cytotec)</li> <li>• Heilerde</li> <li>• Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI)</li> </ul>   |                |
| Mittel gegen Obstipation  | ja   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder operativen Eingriffen</li> <li>• In der Pädiatrie auch zur Sofortanwendung in der Praxis</li> <li>• Auch Mannitol und Sorbitol</li> </ul>  |                |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |  |                                  |
|--|------|--|----------------------------------|
|  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lactulose ausschließlich bei Lebervergiftung</li> </ul>   |                                  |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>Als Rezeptur</li> </ul>   |                                  |
| Mittel für Ätzungen  |      |  | s. Warzenmittel und Keratolytika |
| Mittel zur Behandlung schwerer hypoglykämischer Reaktionen |      |  | s. Glucagon                      |
| Mittel zur Lokal- und Leitungsanästhesie                   |      |  | s. Lokalanästhetika              |
| Mund- und Rachentherapeutika                               | nein |  |                                  |
| Muskelrelaxantien  | ja   | Nur im Zusammenhang mit Anästhesieleistungen oder zur Sofort-/Akutbehandlung / Notfälle in parenteraler Form.  | s. Dantrolen                     |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orale Darreichungsformen</li> <li>Botulinum-Toxin</li> </ul>  |                                  |
| Narkotika  |      |  | s. Allgemeinanästhetika          |
| Natriumcitrat-Lösung                                       | ja   | Natriumcitrat-Lösung im Rahmen der Sofort-/Akutbehandlung und präoperativ bei Aspirationsgefahr  |                                  |
|  | nein | Beispiele: für Laborzwecke, als Antikoagulanzen  |                                  |
| Neuroleptika   |      |  | s. Antipsychotika                |
| Neuropathiepräparate u.a. neurotrope Mittel                | nein |  |                                  |
| Ohrensalben / -tropfen                                     |      |  | s. Otologika                     |
| Ophthalmika  | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung und zur Anwendung in der Praxis im Rahmen diagnostischer und operativer Eingriffe: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kortikosteroidhaltige oder/und antibiotikahaltige Mittel</li> <li>lokalanästhetische Mittel, auch Kombinationen mit Farbstoffen</li> <li>Schleimhautantiseptika: Jodtinkturen, jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon) bzw. Polihexanid und Chlorhexidinhaltige Lösungen zur Schleimhautdesinfektion als NRF Rezeptur</li> <li>antiphlogistische Augentropfen</li> <li>fluoresceinhaltige Augentropfen</li> <li>Fluorescein Teststreifen</li> <li>Mydriatika (auch Cyclopentolat 0,5% als Rezeptur, wenn die 1% ige Fertiglösung kontraindiziert ist</li> </ul> | s. Glaukommittel                 |

|  |      |   |  |
|--|------|---|--|
|  |      | <p>und keine Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miotika (auch Instillationslösungen)</li> </ul>  |  |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mydriatika-Inserte</li> <li>• Fluorescein i.v.</li> <li>• Virustatika</li> <li>• Schleimhautantiseptika bei intraocularen Eingriffen, bei denen die Verbrauchsmaterialien nach EBM abgegolten sind (z.B. 31371 und 31372)</li> <li>• Fluorescein-Oxybuprocain-AT als Rezeptur</li> <li>• Mittel bei Katarakt-Operationen werden entsprechend der Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Kataraktoperationen vom 01.07.2022 mit der Pseudo GOP 92024 abgerechnet:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arzneimittel, (arzneimittelähnliche) Medizinprodukte (insbesondere Viskoelastikum, Infektionsprophylaxe, intraokulare Lokalanästhetika, intraokulare Mydriatika und Miotika, Ophthalmologische Spüllösungen (BSS))</li> <li>○ Phako-Kassette (=Pump-/Drucksensor-System), oder Färbemittel wie Vision blue</li> <li>○ refraktive Spezialimplantate wie Kapselspannringe, Kapselknickringe oder temporäre Implantate wie Irisdilatoren, Irishäkchen, Malyuginring und Einmalvitrektoren</li> <li>○ Antibiotische, lokalanästhetische und mydriatische Augentropfen sowie systemische Steroide und Carboanhydrasehemmer</li> </ul> </li> </ul> |  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|           |      |  |              |
|-----------|------|--|--------------|
|           |      | können über SSB bezogen werden, da bei diesen nicht zwischen dem Einsatz zur Diagnostik und in der Sprechstunde und dem Einsatz im OP differenziert werden kann.                             |              |
| Otologika | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung:<br>Antibiotika und Corticosteroide, auch in fixer Kombination untereinander, ohne weitere Bestandteile | s. Dermatika |
|           | nein | Aknemittel   |              |



## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: P – S

| Produkte / Produktgruppe                         | Verordnungs-fähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung NEU<br><br>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.  | Querverweis / s. auch                                    |
|--|----------------------------|--|--|
| Paraffinöl                                       | nein                       |  |  |
| Parasympathomimetika                             | ja                         | Neostigmin, Pyridostigmin zur Aufhebung der muskelrelaxierenden Wirkung bestimmter muskeler schlaffender Arzneimittel, die bei Operationen angewendet werden   |  |
| Parkinsonmittel                                  |                            |  | s. Antiparkinsonmittel                                   |
| Prokinetika                                      |                            |  | s. Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen |
| Radionuklide                                     | nein                       |  | Kostenpauschalen im EBM (Kap. 41)                        |
| Regadenoson                                      |                            |  | s. Adenosin  |
| Rhinologika                                      | ja                         | Zur Anwendung in der Rhinoskopie und Nasenendoskopie und zur Sofort- / Akutbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naphazolin</li> <li>• Xylometazolin</li> <li>• Oxymetazolin</li> <li>• Adrenalin</li> <li>• Kortison und/oder antibiotikahaltige Präparate ohne weitere Bestandteile</li> <li>• Dexpanthenol</li> </ul> |  |
|  | nein                       | Antiallergika, Pflegemittel, Mupirocin   |  |
| Salben / Cremes / Gele                           |                            |  | s. Dermatika   |
| Sauerstoff                                       |                            |  | s. Medizinische Gase                                     |
| Schilddrüsen-therapie/ Thyreostatika             | Ja                         | Nur Natriumperchlorat im Rahmen der nuklearmedizinischen Diagnostik am Tag der Diagnostik  |  |
| Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems | ja                         | estriolhaltige Vaginalcreme <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Behandlung von Druck- und Dehnungszulzera der Vagina und Portio im Zusammenhang mit dem Wechsel eines Pessars</li> <li>• zur Behandlung von Labiencynechien nur für Kinderärzte</li> </ul>  |  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                       |      |   |  |
|-----------------------|------|---|--|
| Silikone              |      |   | Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen                        |
| Sklerosierende Mittel | ja   | Ausschließlich zur Varizen- und Hämorrhoidenverödung.   |  |
| Spasmolytika          | ja   | Spasmolytika ausschließlich im Rahmen der Sofort- /Akutbehandlung sowie auch im Rahmen der Diagnostik entsprechend der Fachinformation  |  |
|                       | nein | Kombinationen mit Schmerzmitteln  |  |
| Spüllösungen          | ja   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung und zur Anwendung in der Praxis im Rahmen diagnostischer und operativer Eingriffe</li> <li>• zur Wundversorgung</li> <li>• zur intra- und postoperativen Blasenspülung</li> <li>• bei Cystoskopien</li> </ul> | s. Urologischer Bedarf=> Kochsalzlösung, physiologische s. Infusionslösungen |
|                       | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spüllösungen bei Arthroskopien nach Kostenpauschalen gem. Kap. 40 EBM</li> <li>• zur Spülung der Optik bei endoskopischen Untersuchungen/Eingriffen</li> <li>• Zur Instrumentenspülung</li> </ul>  |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Arzneimittel: T – Z

| Produkte / Produktgruppe                       | verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung NEU<br><br>Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.   | Querverweis / s. auch     |
|--|---------------------------|---|---------------------------|
| Thrombozytenaggregationshemmer                 | ja                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clopidogrel bei Myokardinfarkt</li> <li>• Clopidogrel als Loading Dose für Kardiologen im Zusammenhang mit den EBM-Leistungen 34292 und 34291</li> <li>• zur Akut- und Notfallbehandlung: Acetylsalicylsäure parenteral</li> </ul>   |                           |
|  | nein                      | andere Thrombozytenaggregationshemmer, z.B. Prasugrel, Ticagrelor   |                           |
| Uteruskontraktionsmittel                       |                           |   | s. Wehenwirksame Mittel   |
| Vasodilatoren, bei Herzerkrankungen eingesetzt | ja                        | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• oral, parenteral; auch als Spray</li> </ul>   |                           |
| Vasodilatoren, peripher                        | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentoxifyllin</li> <li>• Buflomedil</li> <li>• Piracetam</li> <li>• Cinnarizin</li> <li>• Naftidrofuryl</li> </ul>   |                           |
| Verödungsmittel                                |                           |   | s. sklerosierende Mittel  |
| Virustatika                                    | nein                      |   |                           |
| Vitamin K                                      |                           |   | s. Antihämorrhagika       |
| Vitamin-K-Antagonisten                         | nein                      | Phenprocoumon, Warfarin   |                           |
| Wärmesalbe                                     |                           |   | s. hyperämisierende Salbe |
| Warzenmittel- und Keratolytika                 | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salicylsäure- und Milchsäure-Lösungen</li> <li>• Chloressigsäure</li> <li>• Silbernitrat NRF</li> <li>• Trichloressigsäure hochkonzentriert (ca. 30%)</li> <li>• Silbernitrat-Kaliumnitrat-Ätzstäbchen</li> </ul> | s. Medizinische Gase      |
|  | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflaster</li> <li>• Kryotherapeutische Warzenentfernungsmittel als Fertigprodukt</li> </ul>  |                           |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                                   |      |  |  |
|-----------------------------------|------|--|--|
| Wehenwirksame Mittel              | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung: wehenhemmende und wehenfördernde Mittel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenoterol</li> <li>• Oxytocin</li> <li>• Mutterkornalkaloide</li> <li>• Prostaglandine (parenteral, vaginal)</li> </ul> |  |
|                                   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misoprostol</li> <li>• Mifepriston</li> <li>• weitere Mittel bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen</li> </ul>  |  |
| Wund- und Narbenbehandlungsmittel | nein |  |  |
| Zytostatika                       | nein |  |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) - Verband-, Kompressions- und OP-Material

| Produkte / Produktgruppe               | Verordnungs-fähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung  | Querverweis / s. auch                                     |
|--|----------------------------|--|---|
| Abdeckfolien, -tücher                  | nein                       |  |   |
| Aktivkohle- und Silberverbände         | nein                       |  |   |
| Alginate                               | nein                       |  |   |
| arzneistoffhaltige Verbände            |                            |  | s. Arzneimittel => medizinische Verbände<br>s. Kompressen |
| Augenklappen, -binden                  |                            |  | s. Binden   |
| Augenkompressen                        | ja                         | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  | s. Kompressen   |
| Augenocclusionspflaster                | ja                         | zur Sofort-/Akutbehandlung   |   |
|  | nein                       | Für Schiel-Therapie  |   |
| Augenstäbchen                          | nein                       |  |   |
| Augenwatte                             | ja                         | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |   |
|  | nein                       | Zur Oberflächenreinigung optischer Geräte/ Instrumente   |   |
| Bandagen als orthopädische Hilfsmittel | nein                       | Anm.: zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten  |   |
| Drähte                                 | ja                         | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirschnerdrähte</li> <li>• Spickdrähte</li> <li>• Bohrdrähte</li> <li>• Zieldrähte</li> <li>• Bindedrähte</li> <li>• Gewindedrähte</li> <li>• Nahtdrähte</li> </ul> |   |
|  | nein                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Werkzeigteile bei arthroskopischen Eingriffen</li> </ul>  |   |
| Binden                                 | ja                         | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen (Fixierung, Kompression, Stabilisierung, Polsterung) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauerbinden</li> <li>• Fixierbinden</li> </ul>   |   |

|  |      |   |           |
|--|------|---|-----------|
|  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mullbinden</li> <li>• Gipsbinden (einschließlich Ergänzungsmaterial für Gipsverbände (Gehsohlen, -stollen, -bügel, Gummiabsätze)</li> <li>• Idealbinden</li> <li>• Papierbinden</li> <li>• Pflasterbinden</li> <li>• Polsterbinden</li> <li>• Tamponadebinden <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (Jodhaltige Tamponade</li> <li>○ Steril, unsteril</li> <li>○ auch imprägniert mit Arznei-stoffen</li> <li>○ antiseptisch</li> <li>○ hämostyptisch, antibiotisch</li> <li>○ auch resorbier-bare Nasen-tamponaden (Achtung: große Preisunter-schiede der einzelnen Produkte!)</li> </ul> </li> <li>• Trikotschlauchbinden</li> <li>• Universalbinde</li> <li>• Zinkleimbinde</li> <li>• Augen- und Ohrenbinden</li> </ul> |           |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamponadebinden mit Aktivkohle,</li> <li>• Tamponadebinden mit Silber</li> <li>• Meereschlick-Binde</li> </ul>   |           |
| Einmalhandschuhe                             | nein |   |           |
| Eisbeutel                                    | nein |   |           |
| Eisspray                                     | nein |   |           |
| Endoclips                                    | nein |   |           |
| Filmbildner                                  | nein |   |           |
| Fixierpflaster f. Kanülen- und Venenkatheter | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |           |
| Gehstöcke                                    | nein | Anm.: zulässig als Hilfsmittel-Verordnung auf den Namen des Patienten   |           |
| Gewebekleber                                 | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |           |
| Gipsbinden                                   |      |   | s. Binden |
| Gipslösegel                                  | nein |   |           |
| Gummihandschuhe                              | nein |   |           |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |   |   |
|--|------|---|---|
| Handgelenkbandagen / Handgelenkriemen  | nein | siehe Hilfsmittelverzeichnis  |   |
| Halskrawatten                          | nein | Anm.: zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten   |   |
| Heftpflaster                           | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>Vorzugsweise als Meterware   |   |
| Hydrofasern                            | nein |   |   |
| Hydrogele                              | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen:<br>Polihexanid-Gel für die debridierende Wundantiseptik bzw. Wunddesinfektion, wenn die flüssige Darreichungsform nicht geeignet ist   | s. Desinfektions-, Reinigungs- und Pflegemittel |
|  | nein | Wirkstofffreie Hydrogele  |   |
| Hydrokapillarverbände                  | nein |   |   |
| Hydrokolloide                          | ja   | zur Erstversorgung  |   |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrokolloide in Kombination mit Vaseline (Petrolatum), Lipokolloide als Fertigprodukt</li> <li>Hydrokolloide in Verbindung mit druckentlastendem Schaumstoff</li> <li>Hydrokolloide in Kombination mit Polyurethanschaum als Fertigprodukt</li> <li>Hydrokolloide mit zugesetzten Calciumalginaten</li> <li>anatomisch vorgeformten oder an bestimmte Körperteile angepasste Hydrokolloide</li> </ul> |   |
| Kirschnerdrähte                        |      |   | s. Drähte                                       |
| Klammerpflaster/Wundverschlusspflaster | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |   |
| Kollagenschwämme,-vlies                |      |   | s. Wundtherapeutika, kollagenhaltig             |
| Kompressionsstrümpfe                   | nein | Anm.: zulässig als Hilfsmittel-Verordnung auf den Namen des Patienten   |   |
| Kompressen                             | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>Mullkompressen (aus Verbandmull)</li> <li>Zellstoff-Mullkompressen</li> </ul>  | s. Arzneimittel => medizinische Verbände        |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|   |      |   |               |
|---|------|---|---------------|
|   |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zellstoff-Vlies-Kompressen</li> <li>• Vliesstoff-Kompressen</li> <li>• Augenkompresen</li> <li>• Saugkompressen</li> <li>• Schlitzkompressen</li> </ul>  |               |
| Krankenunterlagen                                     | nein |   |               |
| Lochtücher  | nein |   |               |
| Mullkompressen  |      |   | s. Kompressen |
| Nahtmaterial  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>Auch atraumatisches Nahtmaterial (Nadel-Faden-Kombinationen)   |               |
| Netzschlauch  |      |   | s. Verbände   |
| Offenporige Schaumstoffverbände / Polyurethanauflagen | nein |   |               |
| Operationsfolien, auch Einmal-                        | nein |   |               |
| Operationstücher, auch Einmal-                        | nein |   |               |
| Ohrenklappen-, binden                                 |      |   | s. Binden     |
| Papierbinden  |      |   | s. Binden     |
| Pflasterbinden  |      |   | s. Binden     |
| Polsterbinden, -watte                                 |      |   | s. Binden     |
| Salbenkompressen                                      | Ja   | zur Erstversorgung mit Paraffin, Vaseline und/oder Triglyceride   |               |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salbenkompressen in Kombination mit Hydrokolloiden als Fertigprodukt</li> <li>• Salbenkompressen mit folgenden Zusätzen: Silber, Hyaluron, Olivenöl, Birnenaroma, Chlorhexidin, Povidon-Jod</li> </ul>   |               |
| Schaumstoffverbände / Hydropolymere                   | ja   | zur Erstversorgung  |               |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• selbsthaftende Schaumstoffverbände oder Schaumstoffverbände mit Haftrand</li> <li>• Schaumstoffverbände mit Silber, Kohle, Ibuprofen, Polihexanid</li> <li>• Schaumstoffverbände mit eingebetten Superadsorbentien, mit Superadsorbentendepot oder in anderer Kombination mit Superadsorbentien</li> </ul> |               |



|                         |      |  |                       |
|-------------------------|------|--|-----------------------|
|                         |      | <p>(hochabsorbierende Polyacrylatfasern, superadsorbierende Streifen, superabsorbierenden Saugkern, Superadsorberverschlusskern) als Fertigprodukt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaumstoffverbände mit Hydrogelbeschichtung</li> <li>• Schaumstoffverbände in Kombination mit Vaseline, Lipokolloide</li> <li>• anatomisch vorgeformte oder an bestimmte Körperteile angepassten Produkte Schaumstoffverbände</li> <li>• Hydropolymerverbände</li> <li>• Schaumstoffverbände mit Gelbildnern aus Natriumcarboxymethylzellulose</li> </ul> |                       |
| Semipermeable Wundfolie | ja   | <p>Zur Erstversorgung, vorzugsweise Meterware</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in Verbindung mit Schaumstoffverbänden zur Dekubitus-Behandlung bei bestehender Harn- und/oder Stuhl-Inkontinenz,</li> <li>• im Zusammenhang mit-operativen Eingriffen in der Praxis</li> </ul>   |                       |
|                         | nein | Semipermeable Wundfolien mit Hydropolymerwundauflage   |                       |
| Schienen                | Ja   | <p>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cramer-Endlosschiene für Finger/Arme/ Beine,</li> <li>• Fingerschiene,</li> <li>• externe und interne Nasenschiene,</li> <li>• dreidimensional konfektionierte thermoplastisch verformbare Schienen nur im Notfall</li> </ul>  |                       |
|                         | nein | bei geplanten Eingriffen: Gips-/ Cast- ersetzende Verbände wie z.B. Spezialschienen und Lagerungsschienen  |                       |
| Schlauchverband         |      |  | s. Verbände           |
| Schnellverbandmaterial  |      |  | s. Wundschnellverband |
| Sprühpflaster           | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der   |                       |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                                      |      |  |                                     |
|--------------------------------------|------|--|-------------------------------------|
|                                      |      | ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |                                     |
| Stilleinlagen                        | nein |  |                                     |
| Stützverbände                        | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
| Synthetische Stützverbandmaterialien | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
| Tamponadebinden/Tamponadestreifen    |      |  | s. Binden                           |
| Tampons                              |      |  | s. Wundtherapeutika, gelatinehaltig |
|                                      | nein | Inkontinenztampons<br>Hygieneartikel   |                                     |
| Tapeverbände                         | ja   | Zur kurativen Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
|                                      | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinesiotape</li> <li>• Präventive Anwendung</li> </ul>  |                                     |
| Thrombosestrümpfe                    | nein |  |                                     |
| Trikotschläuche                      |      |  | s. Verbände                         |
| Trikotschlauchbinde                  |      |  | s. Binden                           |
| Tupfer                               | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• steril und unsteril</li> <li>• zum Beispiel Mulltupfer, Schlinggazetupfer, Zellstofftupfer</li> </ul> |                                     |
| Uhrglasverband                       | ja   | Nur für die Notfallversorgung  |                                     |
| Verbandklammern                      | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
| Verbandklebestoffe                   | ja   | und ähnliche Fixiermittel zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
| Verbandmull                          | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                                     |
| Verbandwatte                         | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der   |                                     |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|   |      |  |   |
|---|------|--|---|
|   |      | ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |   |
| Verbände  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlauchverband (Trikotschlauch)</li> <li>• Netzschlauch</li> </ul>         |   |
| Verbände, arzneistoffhaltige                          |      |  | s. Arzneimittel => medizinische Verbände<br>s. Kompressen |
| Vorlagen (Binden)                                     | ja   | nach gynäkologischen, urologischen und proktologischen Eingriffen  |   |
| Wundauflagen mit Honig                                | nein |  |   |
| Wundauflagen mit Polyacrylat-Superabsorbent           | ja   | zur Erstversorgung bei sehr stark sezernierenden Wunden  |   |
|   | nein | Wundauflagen mit Polyacrylat-Superabsorbent und Silikonwundkontaktschicht als Fertigprodukt  |   |
| Wundklammern  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• ohne Gerät</li> </ul>   |   |
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmalclip-Applikatoren</li> <li>• Feste Systeme aus Gerät mit Klammer</li> </ul>   |   |
| Wundschnellverband, Wundverband (steril)              | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorzugsweise Meterware</li> <li>• Auch wasserdichte Wundpflaster</li> </ul> |   |
| Wundtherapeutika, Cellulose                           | nein |  |   |
| Wundtherapeutika, gelatinehaltige                     | ja   | Zur Erstversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwämme ohne zugesetzte Wirkstoffe</li> <li>• Blutstillende Anal- und Vaginaltampons</li> </ul>   |   |
|   | nein | Inkontinenztampons<br>Hygieneartikel   |   |
| Wundtherapeutika, hyaluronsäurehaltige                | nein |  |   |
| Wundtherapeutika, Kollagen                            | ja   | Nur Schwämme ohne zugesetzte Wirkstoffe zur Erstversorgung   |   |
| Wundtherapeutika, sonst.interaktive / Proteasenhemmer | nein |  |   |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                |    |  |           |
|----------------|----|--|-----------|
| Zellstoff      | Ja | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen nur in Verbindung mit Verbänden am Patienten |           |
| Zinkleimbinden |    |  | s. Binden |

## Sprechstundenbedarf (SSB) - Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf

| Produkte / Produktgruppe         | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis  |
|----------------------------------|---------------------------|---|--|
| Aqua dest                        |                           |   | s. Arzneimittel<br>=>Spüllösungen                          |
| Blutgerinnungsteststreifen       | nein                      | Auch keine Blutgerinnungsmessgeräte und Zubehör   | Mit der Gebühr abgegolten                                  |
| Blutzuckerteststreifen           | nein                      | Auch keine Blutzuckermessgeräte und Zubehör   | Mit der Gebühr abgegolten                                  |
| C-13-Harnstoff-Atemtest          | nein                      | Helicobacter pylorii-Test i. V. m. EBM-Nr. 02400 (Bezugspauschale für C13-Harnstoff: 40154)   |  |
| CO <sub>2</sub> -Gas             |                           |   | s. Arzneimittel<br>=>Medizinische Gase                     |
| D-Xylose                         |                           |   | s. Testsubstanzen für Funktionsprüfungen                   |
| Elektroden                       | nein                      | auch Einmalelektroden   |  |
| Elektrodengel                    | nein                      |   |  |
| Epikutanpflaster                 | nein                      |   |  |
| Epikutantest (=Läppchen-probe)   | nein                      | desgleichen alle Testreagenzien für epi- und intrakutane Testungen  |  |
| Esbachs Reagenz                  | nein                      | Esbachs Reagenz ist ein ungenaues, nicht immer eindeutiges und heute kaum noch verwendetes Reagenz zum qualitativen Nachweis von Eiweiß im Harn   |  |
| Essigsäure 3%-5%                 | ja                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>zur Durchführung von Kolposkopien gemäß den Vorgaben der aktuellen S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms</li> <li>zur Sichtbarmachung (Diagnostik) von Feigwarzen</li> </ul> |  |
| Ether (Äther)                    | nein                      |   |  |
| Farbstoffe / Färbemittel         | nein                      | Färbemittel für histologische oder mikrobiologische Untersuchungen  | s. Methylenblau<br>s. Fluorescein<br>s. Mikroskopie-Bedarf |
| Fieberthermometer, -schutzhüllen | nein                      |   |  |
| Filterpapier                     | nein                      |   |  |
| Filmmaterial                     | nein                      |   |  |
| Fluorescein                      | ja                        | zur Anwendung im unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br><br>Als Augentropfen und Teststreifen nur in der Augenheilkunde                              | s. Arzneimittel=> Ophthalmika                              |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|   |      |   |  |
|---|------|---|--|
|   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importe, Rezepturen</li> <li>• i.v. zur Angiographie des Augenhintergrundes (EBM 06 331 Fluoreszenzangiographische Untersuchung einschl. Sachkosten)</li> </ul>  |  |
| Fingerlinge                                     | nein | (Gummi-) Fingerlinge zur Untersuchung   |  |
| Fructose  |      |   | s. Testsubstanzen                            |
| Galactose                                       |      |   | s. Testsubstanzen                            |
| Glasstäbchen                                    | nein |   |  |
| Glucose   |      |   | s. Testsubstanzen                            |
| Glycerin  |      |   | s. Urologischer Bedarf=> Katheterblocklösung |
| Hyperämisierende Salbe                          |      |   | s. Arzneimittel => hyperämisierende Salbe    |
| Indikatorpapier                                 | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |  |
|   | nein | Universal Indikatorpapier zur Bestimmung des pH-Wertes im Urin<br>Spezial Indikatorpapier z.B. in der Gynäkologie   |  |
| Kontaktflüssigkeit für Kontaktglas-untersuchung | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>z.B. Methocel 2%® Augentropfen   |  |
| Kontrastmittel                                  |      |   | s. Arzneimittel=>Kontrastmittel              |
| Kreuzprobe-Testpapier                           | nein |   |  |
| Lactose   |      |   | s. Testsubstanzen                            |
| Laxantien                                       |      |   | s. Arzneimittel=> Mittel gegen Obstipation   |
| Mannit  |      |   | s. Testsubstanzen                            |
| Methylenblau/<br>Toluidinblau                   | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur zugelassene Arzneimittel als Antidot</li> <li>• zur Vitalfärbung im Rahmen der jeweiligen Indikationsgebiete</li> <li>• zur Anfärbung von Fistelgängen</li> <li>• zur Durchgängigkeitsprüfung der Tuben alternativ zur Hysterosalpingographie (HSG)</li> </ul> | s. Arzneimittel=> Antidota                   |
|   | nein | Für Laborzwecke   |  |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                                |      |  |   |
|--------------------------------|------|--|---|
| Mikroskopie-Bedarf             | nein | Cyto-Lack, Deckgläser, Fixiermittel für Abstrichmaterial und histologische Proben, Immersionsöl, Kalilauge, Objektträger, Xylol  | s. Farbstoffe/Färbemittel                                   |
| Mittel zur Kryochirurgie       |      |  | s. Arzneimittel<br>=>Medizinische Gase                      |
| Mundspatel                     | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsterile Holzmundspatel</li> <li>• Kunststoffmundspatel für Untersuchungen im Mund-Rachenraum</li> </ul> |   |
|                                | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterile Mundspatel</li> <li>• Spatel für gynäkologische Abstriche, wie z.B. Ayre`sche Abstrichspatel</li> </ul>   |   |
| Mydriatika                     |      |  | s. Arzneimittel=> Ophthalmika                               |
| Nährböden                      | nein |  |   |
| Natriumcitrat                  |      |  | s. Arzneimittel   |
| Natriumperchlorat              |      |  | s. Arzneimittel=> Schilddrüsentherapie                      |
| Paukenröhrchen                 | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |   |
|                                |      | Beim Einsatz hochpreisiger Paukenröhrchen ist die Dokumentation ihrer Notwendigkeit in den ärztlichen Unterlagen erforderlich  |   |
| Portkanülen                    |      |  | s. Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme |
| Provokationstest               |      |  | s. Testsubstanzen   |
| Reagenzgläser                  | nein |  |   |
| Reagenzien für Laborleistungen | nein |  |   |
| Salzsäure                      | nein |  |   |
| Schnellteste                   | nein | z. B. D-Dimer-Schnelltest, Influenza-Schnelltest, Troponin-Schnelltest, Streptokokkenschnelltest, Tuberkuloseschnelltest, Malariaschnelltest   |   |
| Schwangerschaftsteste          | nein |  |   |
| Sorbit                         |      |  | s. Testsubstanzen   |

|  |      |   |                                     |
|--|------|---|-------------------------------------|
| Stimulations- und Suppressionsteste                        |      |   | s. Testsubstanzen                   |
| Testgase   | ja   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zur Diffusionskapazitätsmessung, Blutgasanalyse, Ergospirometrie gemäß Nr. 04530, 13650, 13660 und 13661 EBM</li> </ul>  | s. Arzneimittel=> Medizinische Gase |
|  | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>Flaschen-, Miet-, Abfüll-, -Transport-, -Mautkosten, Pfand, Ökosteuer, Energiezuschläge, TÜV-gebühren</li> <li>medizinischer Flüssigsauerstoff zur Blutgasanalyse</li> </ul>   |                                     |
| Testmaterial für Hauttests                                 |      |   | s. Testsubstanzen                   |
| Testmaterial für Sinnestests (Geruchs- und Geschmackstest) | nein |   |                                     |
| Testsubstanzen   | ja   | <p>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Substanzen die bei Funktionsprüfungen/ Stimulationstests/ Suppressionstests appliziert werden, (zum Beispiel Hyphophysenfunktionstest, Pankreasfunktionstests wie z.B. Sekretin, Pancreolauryltest, Schilddrüsenfunktionstests wie z.B. TRH); auch Arzneimittel, die sonst therapeutisch eingesetzt werden (zum Beispiel Dexamethason-Suppressionstest, Captopril/Aldosteronsuppressions test, Clonidin-Suppressionstest)</li> <li>Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123</li> <li>Substanzen für bronchiale Provokationstests (Methacholin, Carbachol, Histamin)</li> <li>Glukose (wasserfrei, auch als Monohydrat) für den oralen Glukosetoleranz-Test (75 g, auch 50 g für den Vortest beim Screening auf Gestationsdiabetes), von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst.</li> <li>OGT Fertiglösung nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind</li> </ul> |                                     |



|                                      |      |  |                   |
|--------------------------------------|------|--|-------------------|
|                                      |      | <p>und nur in Verbindung mit der EBM-Nr. 01777 (Screening auf Gestations-diabetes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OGT Fertiglösung nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind zur gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen</li> <li>• Lactose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 192</li> <li>• D-Xylose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 193</li> <li>• Fructose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 195</li> <li>• Galactose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 195</li> </ul> |                   |
|                                      | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“: Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel)</li> <li>• Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit nicht i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) (mit der GOP abgegolten)</li> <li>• Test-Substanzen im Rahmen der Basisdiagnostik nach EBM 30110, 30111, 13250, 13258 (mit der GOP abgegolten)</li> </ul>   |                   |
| Thermoplastisches Material / Platten |      |  | s. Verbandsstoffe |
| Tuberkulintest                       | ja   | <p>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen</p> <p>nur in Deutschland zugelassene Produkte, soweit keine Lieferengpässe bestehen</p>  |                   |
| Ultraschallgel                       | nein |  |                   |
| Urinbehälter                         | nein |  |                   |
| Urinteststreifen                     | ja   | <p>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen</p> <p>zulässig nur Harnteststreifen zum Nachweis von Eiweiß/Protein und/oder Glukose (ggf. einschließlich</p>  |                   |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                             |      |   |  |
|-----------------------------|------|---|--|
|                             |      | Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie zur Bestimmung des pH-Wertes   |  |
|                             | nein | Teststreifen mit weiteren Testzonen, z.B. Blut, Nitrit, Ketone, Leukozyten, Albumine; sog. Multitests; Urinteststreifen für Diabetikerschulungen, Teststreifen für Vorsorgeuntersuchungen |  |
| Vaseline                    | ja   | als Gleitmittel für Untersuchungen soweit es sich nicht um allgemeine Praxiskosten handelt  |  |
| Watteträger                 | ja   | Watteträger für Abstriche, inkl. gynäkologische Vaginal-Abstrich  |  |
|                             | nein | Für gynäkologische Abstriche zur Zytologie bzw. für Vorsorgeuntersuchungen  |  |
| Zentrifugiergläser, Einmal- | nein |   |  |
| Zitronensäure               | nein |   |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) - Urologischer Bedarf

| Produkte / Produktgruppe  | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis / s. auch   |
|---|---------------------------|---|---|
| Blasenspritze   | nein                      | Allgemeine Praxiskosten   |   |
| Dauer- / Ballonkatheter (inkl. Katheter-Stopfen, Katheter-Ventil)                   | ja                        | zur Akut- und Notfallbehandlung   | s.a. suprapubische Fistelkatheter                               |
| Einmalharnblasenkatheter  | ja                        | Bei akutem Harnverhalt  | s. Dauerkatheter  |
| Führungsdrähte für urologische Katheter   | ja                        | Im Notfall  |   |
| Harnleiterschienen  |                           |   | s. Ureterverweilschienen  |
| Harnröhren-Gleitmittel  |                           |   | s. Arzneimittel => Gleitmittel/Gleitgele                        |
| Katheterset   | nein                      |   |   |
| Katheterblock-Lösung  | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glycerin, Kochsalz und Wasser und Mischungen</li> <li>• Auch als Fertigspritzen</li> </ul> |   |
| Kochsalzlösung, physiologisch   |                           |   | s. Arzneimittel=> Spüllösungen                                  |
| Nephrostomiekatheter (Führungsdrähte, Punktions- und Wechselset)                    | nein                      |   | Abrechnung als Sachkosten patientenbezogen                      |
| Punktionsbestecke   |                           |   | s. Nephrostomiekatheter<br>s. suprapubische Blasenkathe-<br>ter |
| suprapubische Blasenkathe-<br>ter (Führungsdrähte,<br>Punktions- und<br>Wechselset) | nein                      |   | Abrechnung als Sachkosten patientenbezogen                      |
| Ureter- verweilschienen (auch Führungsdrähte)                                       | ja                        | zur Notfallbehandlung   |   |
| Urinauffangbeutel   | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen für Kinder  |   |
| Wechseldrähte   |                           |   | s. Nephrostomiekatheter<br>s. suprapubische Blasenkathe-<br>ter |

## Sprechstundenbedarf (SSB) - Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme

| Produkte / Produktgruppe               | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis / s. auch      |
|--|---------------------------|---|----------------------------|
| Aderlassbestecke und -nadeln           | nein                      | Anm.: zulässig als patientenbezogene Sachkostenabrechnung auf dem Schein  |                            |
| Beatmungsfilter                        | Ja                        | zur Allgemeinanästhesie mit Beatmung  |                            |
| Blutentnahmesysteme, -zubehör          | nein                      | Monovetten, Vacutainer  | s. Geräte zur Blutentnahme |
| Blutlanzetten/-kanülen zur Blutabnahme | nein                      |   |                            |
| Bluttransfusionsgeräte                 | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   | s. Transfusionsbestecke    |
| Darmrohre                              | nein                      | auch Einmalartikel  |                            |
| Dispetten                              | nein                      | Einmalartikel   |                            |
| Drainageschläuche                      | ja                        | Zur Wunddrainage<br><br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |                            |
| Dreiwegehähne                          |                           |   | s. Infusionsbestecke       |
| Einmalbiopsienadeln                    | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br><br>Inkl. Coaxialnadeln bzw. Einführhülsen/-hilfen Führungsdrähte,-schiene |                            |
| Einmaldrainagesauggeräte               | ja                        | Zur Wunddrainage (u.a. Schläuche, Faltenbälge, Wechselflasche)<br><br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen         |                            |
| Einmalhandschuhe                       | nein                      |   |                            |
| Einmalhautstanzen                      | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |                            |
| Einmalinfusionsbestecke                |                           |   | s. Infusionsbestecke       |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |   |                         |
|--|------|---|-------------------------|
| Einmalkanülen  | nein |   |                         |
| Einmal-Lanrynxmasken   |      | Als patientenbezogene Sachkosten abrechenbar, sofern nicht mit den Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten  |                         |
| Einmalspritzen   | nein | Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten   |                         |
| Einmalküretten   | nein | Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten   |                         |
| Einmalskalpelle, auch -messer  | nein | Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten   |                         |
| Einweg-Spekula   | nein | Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten   |                         |
| Endotrachealtuben  | nein | Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten   |                         |
| Entnahmedorne/Einstich-dorne<br>Minispikes/Spikes<br>Überleitkanülen | nein | Allgemeine Praxiskosten<br>z.B. Transofix TransfersSet  |                         |
| Fieberthermometherschutzhüllen                                       | nein |   | Allgemeine Praxiskosten |
| Geräte zur Blutentnahme  | nein |   |                         |
| Gummihandschuhe  | nein |   |                         |
| Herzkatheter   | nein |   |                         |
| Impflanzetten  | nein |   |                         |
| Infusionsbestecke  | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung sowie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; für die totale, intravenöse Anästhesie (TIVA) auch als fertig konfiguriertes Infusionssystem<br><br>Auch Zubehör:<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückschlagventile</li> <li>2. Dreiwegehähne</li> <li>3. Zuspritzventil</li> <li>4. Tropfkammern</li> <li>5. Präzisionsregler</li> <li>6. Mandrins</li> <li>7. Stopfen</li> </ol> |                         |

|                                   |      | 8. Heidelberger Verlängerungen<br>9. Patientenschläuche  |                        |
|-----------------------------------|------|--|------------------------|
|                                   | nein | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusionsbestecke/Überleitungssysteme für die Kontrastmittelapplikation, Bestecke zur Herstellung/Mischung von Zytostatika, zur Verwendung bei der Dialyse und der parenteralen Ernährung</li> <li>• Infusionsbestecke in der Ophthalmochirurgie</li> <li>• Überleitungssysteme</li> <li>• Pumpenschläuche</li> </ul> |                        |
| Infusionsfilter                   | ja   | <p>Inline-Filter Porengröße &lt;0,2µm zur Applikation von Paclitaxel und anderen Arzneimitteln, bei denen die Fachinformation eine Filtration ausdrücklich vorschreibt</p> <p>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen</p>  |                        |
|                                   | nein | Grobparkelfilter   |                        |
| Infusionsnadeln/-katheter/-kanüle | ja   | <p>zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung sowie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken</p> <p>Mit und ohne Zuspritzport; auch als Sicherheitskanüle</p> <p>Butterfly-Kanülen, nur in der Onkologie auch zur Blutentnahme</p>  |                        |
|                                   | nein | <p>Zur Blutabnahme</p> <p>Ausgenommen Butterfly-Kanülen nur in der Onkologie auch zur Blutentnahme</p>   |                        |
| Infusionspumpen                   | nein |  |                        |
| Injektionskanülen, auch Einmal-   | nein |  |                        |
| Injektionsspritzen, auch Einmal-  | nein |  |                        |
| Koaxialkanüle                     | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  | s. Einmalbiopsienadeln |
| Kondome für Ultraschall           | nein |  |                        |
| Ovarialpunktionsnadel             |      |  | s. Punktionsnadeln     |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|   |      |  |                      |
|---|------|--|----------------------|
| Perfusorspritzen/<br>Injektomat-spritzen;<br>Perfusorleitungen/Injektomat-<br>leitungen               | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung, für die parenterale Applikation mittels Perfusomat, wenn hierdurch eine Infusion größeren Volumens ersetzt wird.<br><br>Im Zusammenhang mit operativen Eingriffen (zur Anästhesie) |                      |
|   | nein | Zur Kontrastmittelapplikation  |                      |
| Peridural-<br>/Epiduralkanülen,<br>peridural-<br>/Epiduralkatheter; Plexus-<br>kanülen, Spinalkanülen | ja   | Einmalinfusionskanülen zur Plexus- und/oder Spinalanalgesie/-anästhesie sowie zur Diagnostik.<br><br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen         |                      |
| Plasmapheresebeutel   | nein |  |                      |
| Portkanülen/Gripper-<br>/Hubernadeln  | ja   | zur Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung sowie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken   |                      |
|   | nein | Zur Blutabnahme  |                      |
| Ports/Portkatheter  | nein |  |                      |
| Pumpenschläuche für CT-Injektor   | nein |  |                      |
| Punktionsbestecke, -<br>kanülen<br>auch Einmalartikel   | ja   | Für Pleura-, Leber- und Ascitespunktionen inkl. Auffangbeutel<br><br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen   |                      |
| Punktionsnadeln   | ja   | Zur Follikelentnahme bei in-vitro-Fertilisation (IVF) im Rahmen des § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V.   |                      |
| Rasierer, auch Einmal-  | nein |  |                      |
| Rückschlagventile   |      |  | s. Infusionsbestecke |
| Sonden  | ja   | zur Diagnostik und Sofort-/Akutbehandlung:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Magensonde</li> <li>• Dünndarmsonde</li> </ul>  |                      |
|   | nein | Ernährungs-<br>sonde   |                      |
| Spülschläuche   | nein | z.B. für Arthroskopie  |                      |
| Transfusionsbestecke  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |                      |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|                             |      | Bei Blutkonserven  |                                   |
|-----------------------------|------|--|-----------------------------------|
| Vakuumflaschen              | ja   | zur Anwendung im unmittelbar<br>ursächlichen Zusammenhang mit der<br>ärztlichen Behandlung, auch bei<br>geplanten Interventionen | s. Einmal-drainagesaug-<br>geräte |
|                             | nein | Zur Wunddrainage<br>Zum Aderlass   |                                   |
| Wund- und<br>Blasenspritzen | nein | Allgemeine Praxiskosten für alle<br>Anwendungszwecke   |                                   |



## Sprechstundenbedarf (SSB) - Desinfektions-, Reinigungs- und Pflegemittel

| Produkte / Produktgruppe                     | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis / s. auch |
|--|---------------------------|---|-----------------------|
| Aceton                                       | nein                      |   |                       |
| Alkoholtupfer                                | ja                        | zulässig nur als Kleinmenge (100 Stück) im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (KVH-Notdienst) oder bei Haus- und Heimbisuchen  |                       |
| Antiseptika/Desinfektionsmittel am Patienten | ja                        | <p>Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhaut und Wunden, zur Anwendung im unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isopropylalkohol 70% (auch sterilfiltriert)</li> <li>• Jodtinkturen, Jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon)</li> <li>• Polihexanid- und Chlorhexidinhaltige Desinfektionsmittel (auch Kombinationen)</li> <li>• Biphenylhaltige Desinfektionsmittel</li> <li>• Octenidinhaltige Desinfektionsmittel</li> <li>• Mittel auf Kresolgrundlage oder sonstige quartäre Ammoniumbasen nur bei gynäkologischen, urologischen Verrichtungen;</li> <li>• Ethacridinhaltige Lösungen</li> <li>• Wasserstoffperoxid 3%</li> <li>• Wundbenzin</li> <li>• Ethanolhaltige Desinfektionsmittel</li> </ul> <p>(auch Kombinationen untereinander innerhalb dieser Auflistung)</p> |                       |
|  | nein                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Äther</li> <li>• Ethanol rein</li> </ul> <p>Anmerkung: Soweit Desinfektionsmittel zur Reinigung oder Pflege ärztlicher Instrumente, Apparaturen und der Praxisräume sowie zur Händedesinfektion des Arztes bzw. Praxispersonals sowie des Patienten verwendet werden,</p>  |                       |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      | gehören diese nicht zum Sprechstundenbedarf!   |  |
|--|------|--|--|
| Brennspiritus  | nein |  |  |
| Gummihand-schuhe   | nein |  |  |
| Ether  | nein |  |  |
| Ethanol (=Ethylalkohol) rein, in jeglicher Konzentration | nein |  |  |
| Formaldehyd (Formalin)                                   | nein |  |  |
| Hautreinigungs-mittel                                    | nein | Emulsionen, Seifen, Snydets, auch wenn sie medizinische Substanzen enthalten; Waschether   |  |
| Hydrogele  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br><br>Polihexanid-Gel für die debridierende Wundantiseptik bzw. Wunddesinfektion, wenn die flüssige Darreichungsform nicht geeignet ist | s. Verband-, Kompressions- und OP-Material |
|  | nein | Wirkstofffreie Hydrogele   |  |
| Isopropylalkohol 70%                                     | ja   | auch sterilfiltriert<br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |  |
| Jodlösung,-tinktur                                       | ja   | und ihnen ähnliche jodhaltige Desinfektionssmittel<br><br>zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |  |
| Silikon-Spray  | nein |  |  |
| Steriband  | nein |  |  |
| Wasserstoffperoxid-3%                                    | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |  |
| Wundbenzin   | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen  |  |
| Wundspüllösungen   | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>Octenidin- und polihexanidhaltige   |  |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Gefäße

| Produkte / Produktgruppe                       | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung | Querverweis / s. auch |
|--|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Blutkulturflaschen                             | nein                      |                         |                       |
| Gefäße leer / mit Verschluss                   | nein                      |                         |                       |
| Kanülensammler / Abfallbehälter zur Entsorgung | nein                      |                         |                       |
| Leerspender                                    | nein                      |                         |                       |
| Nierenschalen                                  | nein                      | auch Einmalartikel      |                       |
| Reagenzgläser, auch Einmal-                    | nein                      |                         |                       |
| Salbenspender                                  | nein                      |                         |                       |
| Tabletten-Dispenser                            | nein                      |                         |                       |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Sonstiges

| Produkte / Produktgruppe                  | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung   | Querverweis / s. auch |
|---|---------------------------|---|-----------------------|
| Abdecktücher                              | nein                      |   |                       |
| Atemkalk                                  | nein                      |   |                       |
| Batterien                                 | nein                      |   |                       |
| Bauchtücher                               | nein                      |   |                       |
| Bergebeutel                               | ja                        | bei ambulanten laparoskopischen Operationen   |                       |
| Cerclage-Pessare                          | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br><br>Ausschließlich bei Zervixinsuffizienz und drohender Frühgeburt.  |                       |
|   | nein                      | Zur Schwangerschaftsverhütung   |                       |
| Dreiecktuch / Armtragetuch / Armtragegurt | ja                        | Eine Verordnung von nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Hilfsmitteln bzw. Arzneimitteln als SSB ist zulässig, wenn die verordneten Mittel ausschließlich zur Vorbereitung auf oder im unmittelbaren Anschluss an diagnostische oder therapeutische Eingriffe verwendet werden. Nach ambulanten Operationen |                       |
|   | nein                      | Für andere Zwecke als nach ambulanten Operationen   |                       |
| Einmalhandschuhe                          | nein                      |   |                       |
| Führungsdrähte bei Angiographien          | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen, wenn nicht mit der EBM-Ziffer abgegolten   |                       |
| Gummihandschuhe                           | nein                      |   |                       |
| Handschuhpuder                            | nein                      |   |                       |
| Hautmarkierungsmittel                     | nein                      |   |                       |
| Hautschutz- und Hautpflegemittel          | nein                      |   |                       |
| Klebestift                                | nein                      |   |                       |
| Knochenwachs                              | ja                        | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>Für Mund-Und Kieferchirurgie und HNO-Fachärzte   |                       |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |   |   |
|--|------|---|---|
| Knochenzement  | nein |   |   |
| Ligatur-Ringe  | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• für Ösophagus-Varizen</li> <li>• zur Mucosektomie</li> </ul> |   |
|  | nein | Für Hämorrhoiden: mit der Leistung abgegolten   |   |
| Ligaturschlingen "Loops" für endoskopische Verfahren |      |   | Als Sachkosten abrechenbar                  |
| Mandrins   |      |   | s. Infusionszubehör                         |
| Mund- und Nasenmasken                                | nein |   |   |
| Mundschutz   | nein |   |   |
| Ohrstöpsel   | nein |   |   |
| Osteosynthesematerial                                | ja   | zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen<br>Auch bioresorbierbares Material  |   |
|  | nein | Werkzeugteile   |   |
| Pappmundstücke                                       | nein |   |   |
| Paukenröhrchen                                       |      |   | s. Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf |
| Pessare  | nein |   |   |
| Sauerstoffbrille/-katheter,-maske                    | nein |   |   |
| Swan-Ganz-Katheter                                   | ja   | Drei- oder mehrlumiger Thermodilutionskatheter zur Durchführung der Leistungen nach GNR 13545 EBM (Thermodilutionsmethode)  |   |
|  | nein | Als Set   |   |
| Sterilisationspapier                                 | nein |   |   |

## Sprechstundenbedarf (SSB) – Instrumente, Geräte und Zubehör

| Produkte / Produktgruppe                          | Verordnungsfähig als SSB? | Ergänzung / Erläuterung<br>Als SSB verordnungsfähig sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähig sind beispielhaft genannt. | Querverweis / s. auch |
|---|---------------------------|--|-----------------------|
| Ablatoren bei arthroskopischen Eingriffen         | nein                      |  |                       |
| Achalasiekatheter                                 | nein                      |  |                       |
| Aderlass-Bestecke                                 | nein                      |  |                       |
| Akupunkturnadeln                                  | nein                      |  |                       |
| Antibeschlagmittel für medizinische Optiken       | nein                      |  |                       |
| Applikatoren / Handgriffe                         | nein                      |  |                       |
| Ballspritze/Birnenspritze                         | nein                      |  |                       |
| Cürette   | nein                      |  |                       |
| Defibrillator mit Elektroden                      | nein                      |  |                       |
| Drucksensor für Rollenpumpenschlauch              | nein                      |  |                       |
| Einmalrasierer                                    | nein                      |  |                       |
| Einmal-Tonometerköpfe für Applanations-tonometrie | nein                      | Mit der Gebühr abgegolten  | s. Tonometerköpfe     |
| Faszien-Dilatator                                 | nein                      |  |                       |
| Federöhrnadeln / Fädelöhrnadeln                   | nein                      |  |                       |
| Gefäßklemme                                       | nein                      |  |                       |
| HAL-Sonde   | nein                      |  |                       |
| Hyperventilationsmaske                            | nein                      |  |                       |
| Inflationsballons / Politzerball                  | nein                      |  |                       |
| Inflationsspritzen                                | nein                      |  |                       |
| Inhalationsgeräte / Feuchtzerstäuber / Vernebler  | nein                      |  |                       |
| Inhalierhilfen / Spacer                           | nein                      |  |                       |
| Irrigator   | nein                      |  |                       |
| Kapselspannring                                   | nein                      |  |                       |
| Klammerentferner                                  | nein                      |  |                       |
| Läusekamm   | nein                      |  |                       |
| Messer, Shaver                                    | nein                      |  |                       |

ANLAGE 1: Auflistung des Sprechstundenbedarfs; VERSION: 1.0; Gültigkeitszeitraum: 01.04.2025

|  |      |   |   |
|--|------|---|---|
| OP-Sauger  | nein |   |   |
| Pinzetten /<br>Einmalpinzetten                           | nein |   |   |
| Polypektomieschlingen                                    | nein | Abrechnung erfolgt mit der<br>Kostenpauschale 40460 |   |
| Schröpfköpfe   | nein |   |   |
| Stempelkissen<br>ophthalmologisch                        | nein |   |   |
| Tonometerköpfe,<br>Einmal- zur<br>Applanationstonometrie |      |   | s. Einmal-Tonometerköpfe<br>für Applanations-<br>tonometrie |
| Trachealtuben / Tubus                                    | nein |   |   |
| Ultraschallgel   | nein |   |   |
| Venenstauer  | nein |   |   |
| Venenstripper  | nein |   |   |
| Verbandschere  | nein |   |   |
| Zeckenzange  | nein |   |   |