

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Änderungen ab dem 01.01.2025 - KEINE

Änderungen ab dem 01.10.2024

Antidote	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur ausgewiesene Notfallmittel: Benzodiazepin-Antagonisten; Acetylcystein bei Paracetamol-Vergiftung; Aktivkohle; Amylnitrit; Anticholium; Apomorphin; EDTAte; Flumazenil; Ipekakuanha-Mittel; Lactulose bei Lebervergiftung; Methionin bei Paracetamol Vergiftung; Methylenblau bei toxischer Methämoglobinämie; Naloxon; Natriumthiosulfat; PEG; Polystyrolsulfonat-Plv.; Toluidinblau; 4-DMAP; Sugammadex; Neostigmin; Pyridostigmin; Protamin; Atropin; Obidoxim; Dimercaptopropansulfonsäure (DMPS) Ampullen; Trometamol; Glucagon; Deferoxamin nur bei akuter Eisenvergiftung; Entschäumungsmittel; Vitamin K ▪ <u>in der Onkologie</u>: Folsäure-Salze als Fertig-Arzneimittel; Mesna; Dimethylsulfoxid
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amalgam-Entgiftungsmittel ▪ EDTA zur Chelattherapie ▪ Methionin zur Harnsteinprophylaxe oder Harnsäuerung ▪ Penicillamin ▪ Schlangen-Antiserum ▪ Dimaval oral ▪ Dexrazoxan

Gerinnungshemmer	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heparinpräparate und niedermolekulare Heparine zur Thromboseprophylaxe und Sofort-/Akutbehandlung (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum am Tag der Verletzung bzw. Operation) ▪ Fondaparinux Natrium nur bei den oben genannten Indikationen und bei gleichzeitiger bekannter Heparinunverträglichkeit sowie bei oberflächlichen Venenthrombosen ▪ 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 ▪ DOAKs, sofern für die Sofortbehandlung von TVT und/oder Lungenembolie zugelassen ▪ Clopidogrel zur sofortigen Applikation der Loading-dose bei akutem Coronarsyndrom ▪ Ticagrelor und Prasugrel zur sofortigen Applikation der Loading-dose ausschließlich für Kardiologen, die die EBM Ziffer 34292 im Zusammenhang mit der Ziffer 34291
------------------	----	--

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		in Ansatz bringen. Die weitere Behandlung erfolgt patientenbezogen auf Muster 16.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASS i.v. zur sofortigen Applikation der Loading Dose bei akutem Coronarsyndrom, auch 100 mg ASS Tabletten bei nicht Verfügbarkeit von ASS i.v.
	nein	Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.

Immunglobuline	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tetanus-Immunglobulin ▪ Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe im Notfall ▪ Nirsevimab für Neugeborene und Säuglinge in der ersten RSV-Saison gemäß den gesetzlichen Vorgaben
	nein	Tetanus-Immunglobulin bei Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers, z.B. Unfallversicherungsträger.

Kardiaka/ Antiarrhythmika/ Antihypertensiva/ Koronardilatoren	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für die direkte Anwendung zur Akut-/Sofortbehandlung sowie im Notfall oder für die Anwendung im unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff ▪ als Infusionslösung /Injektion ▪ als Zerbeiß-Kapseln ▪ als Spray ▪ als Tropfen ▪ Mittel zur Myokardszintigraphie: Adenosin nur wenn eine reproduzierbare definierte physikalische Belastung nicht möglich ist
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in Tablettenform ▪ Regadenoson

Änderungen ab dem 01.07.2024

Blutstillungsmittel	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschließlich Arzneimittel im Rahmen der Sofort-/Akutbehandlung (Notfallversorgung) ▪ Eisen(III)-Chlorid Lösung (auch als Rezeptur), bei Nichtverfügbarkeit: Aluminiumchlorid-Lösung (auch als Rezeptur), Eisen (III)-Subsulfat-Lösung (auch als Rezeptur), Polycresulen (auch als Rezeptur)
	nein	▪ Silbernitrat-Ätztift

Dermatika, Externa	ja	<p>Zur Erstbehandlung im Akut- und Notfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antibiotikahaltige Präparate ▪ kortisonhaltige Präparate ▪ Lokalanästhetika, ▪ PVP Jodsalben ▪ Ethacridinlactat ▪ Panthenol ▪ Pasta Zinci
--------------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaseline ▪ Zinksalbe <p>nur apothekenpflichtige Präparate, auch Kombinationen oben genannter Wirkstoffe untereinander, sofern die medizinische Notwendigkeit eines Kombinationspräparates erforderlich ist.</p>
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aknemittel ▪ Mittel der besonderen Therapierichtungen ▪ Diclofenachaltige Mittel, Heparine und weitere Externa, die nach der Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen sind

Testsubstanzen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzen die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (z.B. TRH-Test, Pancreolauryltest, Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123, Metacholin für den bronchalen Provokationstest) Perchlorat-Discharge Test auch als Rezeptur (solange kein Fertigarzneimittel verfügbar ist)) ▪ Stimulations- und Suppressionstests ▪ Glukose-Monohydrat für den oralen Glukosetoleranz-Test, von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst. ▪ OGT-Fertiglösung, nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind und nur in Verbindung mit der EBM Ziffer 01777 (Screening auf Gestationsdiabetes) und bei der gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen. Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“. ▪ Lactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32192 ▪ D-Xylose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32193 ▪ Fructose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195 ▪ Galactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel) ▪ Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) ▪ Helicobacter pylorii-Test i. V. m. EBM-Nr. 02400 (Bezugspauschale für C13-Harnstoff: 40154) ▪ Clomifen-Test ▪ Regadenoson ▪ Substanzen zur Allergietestung die gemäß EBM Kapitel 40.7 über die GOP abgegolten sind ▪ Mannitol-Inhalationskapseln zur Provokation

Einmal-Punktionsnadeln	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zur Follikelentnahme bei in-vitro-Fertilisation (IVF) im Rahmen des § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V. ▪ Zur Lumbalpunktion für diagnostische Zwecke
------------------------	----	--

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Änderungen ab dem 01.04.2024

Testsubstanzen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzen die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (TRH-Test, Pancreolauryltest, Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123, Metacholin für den bronchalen Provokationstest) <li style="color: red;">▪ Perchlorat-Discharge Test auch als Rezeptur (solange kein Fertigarzneimittel verfügbar ist) ▪ Stimulations- und Suppressionstests ▪ Glukose-Monohydrat für den oralen Glukosetoleranz-Test, von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst. ▪ OGT-Fertiglösung, nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind und nur in Verbindung mit der EBM Ziffer 01777 (Screening auf Gestationsdiabetes) und bei der gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen. Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“. ▪ Lactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32192 ▪ D-Xylose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32193 ▪ Fructose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195 ▪ Galactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel) ▪ Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) ▪ Helicobacter pylorii-Test i. V. m. EBM-Nr. 02400 (Bezugspauschale für C13-Harnstoff: 40154)

Toluidinblau Methylenblau	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur zugelassene Arzneimittel als Antidot sowie zur Vitalfärbung im Rahmen der jeweiligen Indikationsgebiete (auch Medizinprodukte gemäß Zulassung, auch solche, die nicht in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind, wenn keine Fertigarzneimittel oder Medizinprodukte gemäß Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie zur Verfügung stehen) ▪ zur Anfärbung von Fistelgängen ▪ Zur Durchgängigkeitsprüfung alternativ zur Hysterosalpingographie (HSG)
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Laborzwecke

Änderungen ab dem 01.01.2024

Antibiotika	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschließlich im Rahmen der Sofort-/Akutbehandlung (Notfallversorgung oder Sofort-Indikation und single shot bei Stanzbiopsien) <li style="color: red;">▪ Lokal, intraoperativ applizierbare gentamicinhaltige Antibiotikaträger zur Behandlung von mit Gentamicin-empfindlichen Erregern infizierten Knochen und
-------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		Weichteilen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfallkoffer: Abgabe nur einzelner Tabletten
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tobramycin zur Inhalation ▪ Gynäkologika ▪ Fosfomycin in oraler Form ▪ orale /lokale Akne-Mittel ▪ Augenarzneien bei HNO

Änderungen ab dem 01.10.2023

Blutstillungsmittel	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ausschließlich Arzneimittel im Rahmen der Sofort-/Akutbehandlung (Notfallversorgung), Eisen(III)-Chlorid-Lösung (auch als Rezeptur)
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Silber-Nitrat-Atz-Stift Silbernitrat-Atzstift

Desinfektionsmittel/ Antiseptika am Patienten	ja	<p>Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhaut und Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isopropylalkohol 70% (auch sterilfiltriert) ▪ Jodtinkturen, Jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon) ▪ Polihexanid- und Chlorhexidinhaltige Arzneimittel (auch Kombinationen) ▪ Biphenylhaltige Arzneimittel ▪ Octenidinhaltige Arzneimittel ▪ Mittel auf Kresolgrundlage oder sonstige quartäre Ammoniumbasen nur bei gynäkologischen und urologischen Verrichtungen ▪ Ethacridinhaltige Lösungen ▪ Wasserstoffperoxid 3% ▪ Wundbenzin ▪ Alkoholtupfer nur für den Notfallkoffer ▪ Ethanolhaltige Desinfektionsmittel
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äther ▪ Ethanol (abgefasst in der Apotheke, auch verdünnt) ▪ Alkoholtupfer <p>(auch Kombinationen untereinander innerhalb dieser Auflistung)</p> <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, gehören nicht zum Sprechstundenbedarf!</p>

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Änderungen ab dem 01.07.2023

Antiemetika/Prokinetika	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nur für Akut- und Notfälle ▪ im Zusammenhang mit operativen Eingriffen ▪ ausschließlich in parenteraler Darreichungsform ▪ für Säuglinge und Kleinkinder auch in anderen Darreichungsformen
	nein	<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depot- und Retardformen ▪ Aprepitant ▪ Mittel gegen Reiseübelkeit ▪ Setrone bei gelanten Chemotherapie-Schemata ▪ perorale Darreichungsformen ▪ Antiemetika im Rahmen von planbaren Operationen ▪ Scopolaminpflaster

Lokalanästhetika/ Mittel zur Narkose	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokalanästhetika ▪ Leitungsanästhetika ▪ Mittel zur i.v. Narkose und zur rektalen Narkose ▪ Tropfanästhesie ▪ Inhalationsnarkotika ▪ Hyaluronidase 150 IE. nur für Anästhesisten im Rahmen von augenärztlichen Eingriffen ▪ Dexamethason Ampullen - im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung - im Zusammenhang mit operativen Eingriffen ▪ Setrone, parenteral - im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung - im Zusammenhang mit operativen Eingriffen
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel, die im Rahmen der Katarakt-Operationen von Augenärzten verwendet werden sind mit der SNR 99555 abgegolten. ▪ Dexamethason/Setrone zur Prophylaxe und- Zytostatikatherapie

Mittel zur Narkose und Anästhesie	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokalanästhetika ▪ Leitungsanästhetika ▪ Mittel zur i.v. Narkose und zur rektalen Narkose ▪ Tropfanästhesie ▪ Inhalationsnarkotika ▪ Hyaluronidase 150 IE. nur für Anästhesisten im Rahmen von augenärztlichen Eingriffen ▪ Dexamethason Ampullen - im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung - im Zusammenhang mit operativen Eingriffen ▪ Setrone, parenteral - im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung
-----------------------------------	----	--

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel, die im Rahmen der Katarakt-Operationen von Augenärzten verwendet werden sind mit der SNR 99555 abgegolten. ▪ Dexamethason/Setrone zur Prophylaxe und Zytostatikatherapie
Wasser, steril	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Lösungen ▪ zur Herstellung von im SSB zulässigen Parenteralia ▪ und für Spülungen, wenn wegen des Befundes destilliertes Wasser nicht ausreicht (bei Verletzungen am Auge) ▪ zum Befeuchten von Wundverbänden ▪ zu Injektionszwecken in Ampullenform
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viapur-Wasser ▪ Ampuwa ▪ Spülwasser, zum Spülen von Instrumenten und Apparaturen
Essigsäure, in einer Konzentration von 3-5 Prozent	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für die Fachgruppe Gynäkologie zur Abklärungskolposkopie, auch als Rezeptur
Testsubstanzen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzen die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (TRH-Test, Pancreolauryltest, Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123, Metacholin für den bronchalen Provokationstest) ▪ Stimmulations- und Suppressionstests ▪ Glukose-Monohydrat für den oralen Glukosetoleranz-Test, von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst. ▪ OGT-Fertiglösung, nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind und nur in Verbindung mit der EBM Ziffer 01777 (Screening auf Gestationsdiabetes) und bei der gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen. Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“. ▪ Lactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32192 ▪ D-Xylose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32193 ▪ Fructose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195 ▪ Galactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel) ▪ Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit nicht i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) ▪ Helicobacter pylorii-Test i. V. m. EBM-Nr. 02400 (Bezugspauschale für C13-Harnstoff: 40154)
Fixierhosen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ im Zusammenhang mit operativen Eingriffen
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zur Fixierung von Inkontinenzeinlagen

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Änderungen ab dem 02.05.2023

Kochsalzlösung, physiologisch (NaCl 0,9%)	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusionslösungen zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml, bei geringem Körpergewicht auch geringere Mengen) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten ▪ Als Spüllösung ▪ Für nuklearmedizinische Verrichtungen ▪ Für COVID-19-Impfungen
	nein	<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spüllösungen bei Arthroskopie nach der Kostenpauschale Kap. 40 EBM ▪ Fertigspritzen ▪ Für Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen für die ▪ Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln nach der SNR 92820

Änderungen ab dem 01.04.2023

Antitussiva	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Akut-/ Notfällen ▪ bei pulmonologischen Untersuchungen (Bronchoskopie) ▪ Opiate (Codein, Dihydrocodein, Noscapin) ▪ -Clobutinol ▪ Dextrometorphan ▪ Pentoxyverin
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depot- und Retard-Präparate ▪ pflanzliche Präparate

Dermatika, Externa	ja	<p>Zur Erstbehandlung im Akut- und Notfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antibiotikahaltige Präparate ▪ kortisonhaltige Präparate ▪ Lokalanästhetika, ▪ PVP Jodsalben ▪ Ethacridinlactat ▪ Panthenol ▪ Pasta Zinci ▪ Vaseline <p>nur apothekenpflichtige Präparate, auch Kombinationen oben genannter Wirkstoffe untereinander, sofern die medizinische Notwendigkeit eines Kombinationspräparates erforderlich ist.</p>
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AKNemittel ▪ Mittel der besonderen Therapierichtungen ▪ Diclofenachaltige Mittel, Heparine und weitere Externa, die nach der Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen sind

Ophtalmika	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortison- und/oder Antibiotikahaltige Präparate ohne weitere Bestandteile
------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Glaukom ausschließlich Pilocarpin (Augentropfen) und Acetazolamid (Tabletten) ▪ Fluorescein-Augentropfen/-teststreifen ▪ Fluorescein-Oxybuprocain-AT EDOs ▪ Mydriatika (auch Cyclopentolat 0,5% als Rezeptur, wenn die 1% ige Fertiglösung kontraindiziert ist und keine Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen) ▪ Miotika ▪ Schleimhautantiseptika: Jodtinkturen, jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon) bzw. Polihexanid- und Chlorhexidinhaltige Lösungen zur Schleimhautdesinfektion als NRF Rezeptur
--	--	--

Wasser, steril	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Lösungen und Spülungen, wenn wegen des Befundes destilliertes Wasser nicht ausreicht (bei Verletzungen am Auge) ▪ zu Injektionszwecken in Ampullenform
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viapur-Wasser ▪ Ampuwa-Schraub-, u.a. Flaschen ▪ Spülwasser, zum Spülen von Instrumenten und Apparaturen

Änderungen ab dem 01.01.2023

Analgetika / auch Analgetika mit antirheumatischer Wirkung	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschließlich schnell wirksame Präparate zur Sofortanwendung ▪ Mittel zur Schmerztherapie im Rahmen der Narkose ▪ auch Betäubungsmittel ▪ Sumatriptan Ampullen/Fertigpen
	nein	<p>Orale COX-2 Hemmer, Antiphlogistika zum therapeutischen Einsatz bei chronischen Erkrankungen, andere Migränemittel, Arzneimittel mit Depot- oder Retardwirkung, transdermale Systeme, antirheumatische Basistherapeutika, Biologika, Externa</p>

Der Punkt „Clopidogrel“ wurde gestrichen und unter dem Punkt „Gerinnungshemmer“ subsumiert.

Clopidogrel	ja	Bei akutem Myokardinfarkt.
------------------------	---------------	---------------------------------------

Dantrolen	ja	Nur im Notfall gegen maligne Hyperthermie bei Narkosen einschließlich Lösungsmittel.
-----------	----	---

Gerinnungshemmer	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heparinpräparate und niedermolekulare Heparine zur Thromboseprophylaxe und Sofort-/Akutbehandlung (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum am Tag der Verletzung bzw. Operation) ▪ Fondaparinux Natrium nur bei den oben genannten Indikationen und bei gleichzeitiger bekannter
------------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		<p>Heparinunverträglichkeit sowie bei oberflächlichen Venenthrombosen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ DOAKs, sofern für die Sofortbehandlung von TVT und/oder Lungenembolie zugelassen ▪ Clopidogrel zur sofortigen Applikation der Loading-dose bei akutem Coronarsyndrom ▪ Ticagrelor und Prasugrel zur sofortigen Applikation der Loading-dose ausschließlich für Kardiologen, die die EBM Ziffer 34292 im Zusammenhang mit der Ziffer 34291 in Ansatz bringen. Die weitere Behandlung erfolgt patientenbezogen auf Muster 16.
<p>Infusionslösungen / Blutersatzmittel</p>	<p>ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusionslösungen zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml, bei geringem Körpergewicht auch geringere Mengen) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten ▪ Elektrolyt- und Kohlenhydrat-Basislösungen (Glucose, Kochsalz (NaCl 0,9%)) ▪ Plasmaexpander ab 500ml zur Kreislaufstabilisierung in Notfällen und nach Eingriffen ▪ Für nuklearmedizinische Verrichtungen
<p>Kochsalzlösung, physiologisch (NaCl 0,9%)</p>	<p>ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusionslösungen zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml, bei geringem Körpergewicht auch geringere Mengen) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten ▪ Als Spüllösung ▪ Für nuklearmedizinische Verrichtungen
<p>Lokalanästhetika/ Mitte zur Narkose</p>	<p>ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokalanästhetika ▪ Leitungsanästhetika ▪ Mittel zur i.v. Narkose und zur rektalen Narkose ▪ Tropfanästhesie ▪ Inhalationsnarkotika ▪ Hyaluronidase 150 IE. nur für Anästhesisten im Rahmen von augenärztlichen Eingriffen ▪ Dexamethason Ampullen im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung ▪ Setrone, parenteral im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung
	<p>nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel, die im Rahmen der Katarakt-Operationen von Augenärzten verwendet werden sind mit der SNR 99555

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		<p>abgegolten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dexamethason/Setrone zur Prophylaxe und Zytostatikatherapie
Migränemittel	ja	Sumatriptan-Ampullen/ Fertipen ausschließlich im Rahmen der Sofort-/ Akutbehandlung (Notfallversorgung).
Mittel zur Narkose und Anästhesie	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokalanästhetika ▪ Leitungsanästhetika ▪ Mittel zur i.v. Narkose und zur rektalen Narkose ▪ Tropfanästhesie ▪ Inhalationsnarkotika ▪ Hyaluronidase 150 IE. nur für Anästhesisten im Rahmen von augenärztlichen Eingriffen ▪ Dexamethason Ampullen im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung ▪ Setrone, parenteral im Rahmen der Akut-/Notfallbehandlung
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel, die im Rahmen der Katarakt-Operationen von Augenärzten verwendet werden sind mit der SNR 99555 abgegolten. ▪ Dexamethason/Setrone zur Prophylaxe und Zytostatikatherapie
Desinfektionsmittel/ Antiseptika am Patienten	ja	<p>Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhaut und Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isopropylalkohol 70% (auch sterilfiltriert) ▪ Jodtinkturen, Jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon) ▪ Polihexanid- und Chlorhexidinhaltige Arzneimittel (auch Kombinationen) ▪ Biphenylhaltige Arzneimittel ▪ Octenidinhaltige Arzneimittel ▪ Mittel auf Kresolgrundlage oder sonstige quartäre Ammoniumbasen nur bei gynäkologischen und urologischen Verrichtungen ▪ Ethacridinhaltige Lösungen ▪ Wasserstoffperoxid 3% ▪ Wundbenzin ▪ Alkoholtupfer nur für den Notfallkoffer ▪ Ethanolhaltige Desinfektionsmittel
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äther ▪ Ethanol (auch ethanolhaltige Desinfektionsmittel) (abgefasst in der Apotheke, auch verdünnt) ▪ Alkoholtupfer <p>Anmerkung: Soweit Desinfektionsmittel zur Reinigung</p>

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

		oder Pflege ärztlicher Instrumente, Apparaturen und der Praxisräume sowie zur Händedesinfektion des Arztes bzw. Praxispersonals sowie des Patienten verwendet werden, gehören nicht zum Sprechstundenbedarf!
--	--	--

Änderungen ab dem 01.10.2022

Kortikoide	ja	Parenteral (intravenös/intrafokal/intraartikulär) <ul style="list-style-type: none"> ▪ in Notfällen ▪ zur Sofort-/Akutbehandlung Andere Darreichungsformen nur bei Kindern zur Sofort-/Akutbehandlung und im Notfall
	nein	Intramuskulär und als Langzeittherapie z.B. zur Behandlung von saisonal allergischen Beschwerden

Änderungen ab dem 01.07.2022

Kortikoide	ja	Zur Sofort-/Akutbehandlung und in Notfällen Parenteral (intravenös/intrafokal/intraartikulär) <ul style="list-style-type: none"> ▪ in Notfällen ▪ zur Sofort-/Akutbehandlung
	nein	Depot-Kortikoide Intramuskulär und als Langzeittherapie z.B. zur Behandlung von saisonal allergischen Beschwerden

Nasentropfen/-salben/-cremes/-gele/-sprays	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zur Diagnostik und Sofort-/Aktutbehandlung ▪ Xylometazolin ▪ Oxymetazolin ▪ Naphazolin ▪ Adrenalin ▪ Silbernitrat (auch als Rezeptur, sofern kein Fertigpräparat verfügbar) ▪ Tetracain ▪ Kortison und/oder antibiotikahaltige Präparate ohne weitere Bestandteile
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salz-Nasenmittel ▪ pflanzliche-Nasenmittel

Mandrins, Verschlussstopfen	ja	Bei entsprechenden Patientengegebenheiten zum Verschluss von Kanülen, die als Zugang erhalten bleiben und als solcher weiterverwendet werden
	nein	Als Ersatz für Verschlusskonen zum kurzzeitigen Verschluss der Kanüle in der Praxis

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Neu eingefügt wurde folgender Punkt:

Gelatine- und Kollagenschwämme	ja	Zur Erstversorgung
--------------------------------	----	--------------------

Bei dem Überbegriff „**Verband-, Kompressions- und OP-Material**“ wurden bei den folgenden Punkten Erläuterungssternchen ergänzt:

Hydrokolloide*
 Polyacrylat-Saugkissen*
 Polyurethan-Schäume*
 semipermeable Wundfolien*

Am Ende der Aufzählungen wurde eine Erläuterung des Hinweises eingefügt:

* Weitere Informationen zur Verordnung moderner Wundmaterialien finden die Mitglieder der KVNO im KVNO-Portal in der Übersicht „Moderne Wundversorgung SSB Nordrhein“.

Änderungen ab dem 01.04.2022

Antiasthmatika und Broncholytika	ja	<ul style="list-style-type: none"> Für den Notfall die Sofortanwendung im Akutfall verordnungsfähig zur Überwindung Vermeidung eines lebensbedrohlichen Zustands Zur Lungenfunktionsprüfung Nur sofort wirksame Dosieraerosole und injizierbare Darreichungsformen Salbutamol Inhalationslösung, zur Sofortanwendung im Akutfall, nur wenn Dosieraerosole nicht wirksam waren oder nicht angewendet werden können.
----------------------------------	----	--

Antiepileptika	ja	<ul style="list-style-type: none"> Nur Phenytoin und Valproinsäure parenteral für Akut-/Notfälle Abgabe einzelner Tabletten (alle Wirkstoffe) insbesondere bei unbekanntem Patienten, nur im Notdienst (zur Vermeidung von Missbrauch)
----------------	----	--

Infusionslösungen / Blutersatzmittel	ja	<ul style="list-style-type: none"> Infusionslösungen zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten Elektrolyt- und Kohlenhydrat-Basislösungen (Glucose, Kochsalz) Plasmaexpander ab 500ml zur Kreislaufstabilisierung in Notfällen und nach Eingriffen Für nuklearmedizinische Verrichtungen
--------------------------------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

	nein	<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plasmaexpander / Lösungen zur Therapie des Hörsturzes bzw. Tinnitus ▪ Proteinhaltige Lösungen zur parenteralen Ernährung ▪ Fettemulsionen ▪ Hydroxyethylstärke (HAES / HES) ▪ Für Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen für die Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln nach der SNR 92820.
Kochsalzlösung, physiologisch (NaCl 0,9%)	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusionslösungen zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Volumensubstitution (ab 500ml) sowie zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten ▪ Als Spüllösung ▪ Für nuklearmedizinische Verrichtungen
	nein	<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spüllösungen bei Arthroskopie nach der Kostenpauschale Kap. 40 EBM, ▪ Fertigspritzen ▪ Für Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen für die Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln nach der SNR 92820
Ophthalmika	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortison- und/oder Antibiotikahaltige Präparate ohne weitere Bestandteile ▪ Bei Glaukom ausschließlich Pilocarpin (Augentropfen) und Acetazolamid (Tabletten) ▪ Fluorescein-Augentropfen/-teststreifen ▪ Fluorescein-Oxybuprocain-AT EDOs ▪ Mydriatika ▪ Miotika ▪ Schleimhautantiseptika: Jodtinkturen, jodhaltige Desinfektionsmittel (z.B. Polyvidon) bzw. Polihexanid- und Chlorhexidinhaltige Lösungen zur Schleimhautdesinfektion als NRF Rezeptur
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel bei Kataraktoperationen werden über die Sachkostenpauschale mit der SNR 99555 erstattet ▪ Miotika zur schnelleren Wiederherstellung der normalen Akkomodationsleistung zum Verlassen der Praxis (keine GKV-Leistung) ▪ Spüllösungen, Schleimhautantiseptika, die im Rahmen der Kataraktoperationen von Augenärzten verwendet werden und mit der SNR 99555 abgegolten sind. ▪ Schleimhautantiseptika bei intraocularen Eingriffen, bei denen die Verbrauchsmaterialien nach EBM abgegolten sind (z.B. 31371 und 31372) ▪ Fluorescein-Oxybuprocain-AT als Rezeptur

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

Testsubstanzen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzen die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (TRH-Test, Pancreolauryltest, Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123) ▪ Stimulations- und Suppressionstests ▪ Glukose-Monohydrat für den oralen Glukosetoleranz-Test, von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst. ▪ OGT-Fertiglösung, nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind und nur in Verbindung mit der EBM Ziffer 01777 (Screening auf Gestationsdiabetes) und bei der gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen. Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“. ▪ Lactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32192 ▪ D-Xylose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32193 ▪ Fructose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195 ▪ Galactose. Test in Verbindung mit EBM-Nr. 32195
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel) ▪ Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit nicht i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) ▪ Helicobacter pylorii-Test i. V. m. EBM-Nr. 02400 (Bezugspauschale für C13-Harnstoff: 40154)

Einmal-Infusionsbestecke	ja	Zur Diagnostik/ Sofort-/ Akutbehandlung und Notfallbehandlung (inkl. Heidelberger Verlängerungen).
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusionsbestecke zur Mehrfachanwendung, Rückschlagventil, Belüftung, Grobpartikelfilter 15µm, Zuspritzventil, Dreiwegehähne, Rollenpumpenschläuche, Perfusorleitungen, Überleitungssysteme.

Einmal- Infusionsnadeln	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zur Diagnostik, Sofort-/Akutbehandlung und Notfallbehandlung (Auch Portnadeln, Gripper- und Huber-Nadeln); auch als Sicherheitskanüle ▪ Für nuklearmedizinische Verrichtungen
	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zur Blutentnahme ▪ Für Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen für die Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln nach der SNR 92820.

Der alte Punkt „Spritzen/ Perfusor-Spritzen/ Injektomat-Spritzen/ Perfusorleitungen“ wurde neu strukturiert. Die einzelnen Produkte wurden in zwei separate Punkte überführt. Bei dem neuen Punkt „Spritzen“ wurden die Aufzählungen unter „Nein“ neu geordnet, inhaltlich jedoch nicht geändert.

Perfusorleitungen	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusor-, Injektomatspritzen zur Sofort-/Akut-/Notfallbehandlung, für die parenterale Applikation mittels Perfusomat, wenn hierdurch eine Infusion größeren Volumens ersetzt wird. ▪ Zur Diagnostik für alle Arztgruppen, die nicht zu den Radiologen, Nuklearmedizinern und Urologen gehören.
--------------------------	----	---

Chronologische Übersicht der Ergänzungen und Änderungen in der Anlage 1 (ab 01.04.2022)

	nein	<ul style="list-style-type: none">▪ Für Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen für die Einbringung/Anwendung von Kontrastmitteln nach der SNR 92820.▪ Spritzen mit Tannenbaum-Konus oder Luer-/Luer-Lock-Ansatz, Injektionsspritzen: TBC-Spritzen,▪ Tuberkulinspritzen, Insulinspritzen, Einmalspritzen, Aufziehkanülen▪ Wund- und Blasenspritzen: allgemeine Praxiskosten für alle Anwendungszwecke. Als Einzelverordnung keine GKV-Leistung. Beispiele: Spritzen zur Wundspülung, Blasenspritzen und zu Herstellungszwecken.
--	------	--