

**Ärztliche Bescheinigung bei der Verordnung von apothekenpflichtigen,
nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln**

(Die Prüfung der Beihilfefähigkeit ist nur möglich, wenn alle Felder vollständig ausgefüllt sind!)

Patientenname: _____ geb.: _____

Nach der Beihilfenverordnung NRW (BVO) sind Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig:

A. Wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten

Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

Als **Therapiestandard** gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung einer der **umseitig genannten, schwerwiegenden Erkrankungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht**.

Für die oben genannte Patientin / den oben genannten Patienten habe ich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen folgende(s) apothekenpflichtige(s), nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel, das dem/den umseitig genannten Therapiestandard(s) entspricht, verordnet:

	Arzneimittel	Zur Behandlung bei/von (Diagnose/Erkrankung)	Therapie- standard		Entsprechende Nr. der Arzneimittel- Richtlinie (AM-RL)
			ja	nein	
1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Zur Erleichterung beim Ausfüllen sind auf der Rückseite die Therapiestandards der Beihilfenverordnung des Landes NRW und die ihnen ggf. entsprechende Nr. der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des gemeinsamen Bundesausschusses dargestellt.

B. Wenn sie begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), d. h., wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.

Diagnose: _____

Verschreibungspflichtiges Arzneimittel der medikamentösen Haupttherapie: _____

verordnetes Arzneimittel als Begleitmedikation: _____

C. Aufwendung für ein zugelassenes nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Arzneimittel, wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

Diagnose: _____

Verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das die unerwünschte(n) Arzneimittelnebenwirkung(en) verursacht hat: _____

verordnetes Arzneimittel zur Beseitigung der Nebenwirkungen: _____

Ort, Datum

Arztes

Unterschrift und Stempel der / des verordnenden Ärztin /

bzw. der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers

Nr.	OTC-Liste – Therapiestandards – vgl. Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie -
1.	Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2.	Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten- Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3.	Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4.	Acidotherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.
5.	Topische Anästhetika und/oder Antiseptika , nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
6.	Antihistaminika - nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
7.	Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
8.	Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Katheterisierung.
9.	Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).
11.	Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
12.	Calciumverbindungen als Monopräparate nur - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus, - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
13.	Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
14.	Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
15.	Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
16.	E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
17.	Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
18.	Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoe.
19.	Folsäure und Folinate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
20.	Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.
21.	Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.
23.	Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
24.	Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
25.	Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
26.	Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
27.	Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
28.	Magnesiumverbindungen , oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen.
29.	Magnesiumverbindungen , parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
31.	Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
32.	Mistel-Präparate , parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
33.	Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
34.	Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.
35.	Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
36.	Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
37.	Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
38.	Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
39.	Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
40.	Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
41.	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränenrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
42.	Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
42 a	Vitamin B6 (als Monopräparat) nur zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine längerfristige Verordnung zulässig.
43.	Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.
44.	Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
45.	Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
46.	Arzneimittel zur sofortigen Anwendung - Antidote bei akuten Vergiftungen, - Lokalanaesthetika zur Injektion, - apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

Die Nrn. 10, 22 und 30 sind derzeit nicht besetzt.