

**Bescheinigung über apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel,  
 die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten**

Beihilfenummer \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigte/r \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie diese Bescheinigung zusammen mit dem Rechnungsbeleg Ihrer Beihilfestelle wieder vor

Sehr geehrte Dame,  
 sehr geehrter Herr,

nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Beihilfeverordnung des Landes NRW (BVO NRW) sind Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur dann beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten diese Einschränkungen nicht).

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 Patientin /den Patienten |         |              |
|----------------------------------|---------|--------------|
| Name                             | Vorname | Geburtsdatum |
|                                  |         |              |

habe ich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen folgende(s) apothekenpflichtiges, nicht verschreibungspflichtige(s), das dem umseitigen Therapiestandard(s) entspricht, verordnet:

| Arzneimittel | Zur Behandlung bei / von<br>(Diagnose / Erkrankung) | Therapiestandard      |                       | entsprechende<br>Arzneimittelrichtlinie (AMR) |
|--------------|---|-----------------------|-----------------------|---|
|              |   | Ja                    | Nein                  |   |
|              |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
|              |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
|              |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
|              |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |

Bei den unter folgenden Teilziffern aufgeführten Arzneimitteln handelt es sich um Standardtherapeutika der Homöopathie/Anthroposophie:

Nr. 1    Nr. 2    Nr. 3    Nr. 4

Zur Erleichterung beim Ausfüllen sind auf den Beiblättern die Therapiestandards der Beihilfeverordnung des Landes NRW und die ihnen ggf. entsprechenden Arzneimittelrichtlinien (AMR) des gemeinsamen Bundesausschusses dargestellt.

|            |   |
|------------|---|
| Ort, Datum | Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes bzw. der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers |
|------------|---|

| Zutreffendes bitte ankreuzen   | Entsprechende AMR |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen  | 16.4.2            |
| <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden   | 16.4.3            |
| <input type="checkbox"/> Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Nierensuffizienz sowie bei Neoblase  | 16.4.4            |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminika<br>-nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien<br>-nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien<br>-nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus<br>-nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist  | 16.4.5            |
| <input type="checkbox"/> Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum   | 16.4.6            |
| <input type="checkbox"/> Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung  | 16.4.7            |
| <input type="checkbox"/> Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol)  | 16.4.8            |
| <input type="checkbox"/> Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)<br>- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,<br>- nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,<br>- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit | 16.4.9            |
| <input type="checkbox"/> Calciumverbindungen als Monopräparate nur<br>-bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,<br>-bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit  | 16.4.10           |
| <input type="checkbox"/> Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen   | 16.4.12           |
| <input type="checkbox"/> E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin  | 16.4.13           |
| <input type="checkbox"/> Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie  | 16.4.14           |
| <input type="checkbox"/> Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoeen   | 16.4.15           |
| <input type="checkbox"/> Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.  |                   |
| <input type="checkbox"/> Ginkgo-Biloba-Blätter-Extrakte nur in Zusammenhang mit der Behandlung der Demenz (mindestens Pflegestufe 2).  |                   |
| <input type="checkbox"/> Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, min. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden  | 16.4.18           |
| <input type="checkbox"/> Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen   | 16.4.19           |
| <input type="checkbox"/> Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren  | 16.4.20           |
| <input type="checkbox"/> Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie  | 16.4.21           |
| <input type="checkbox"/> Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie   | 16.4.22           |
| <input type="checkbox"/> Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen   | 16.4.24           |
| <input type="checkbox"/> Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko  | 16.4.25           |
| <input type="checkbox"/> Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms   | 16.4.26           |
| <input type="checkbox"/> Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der Palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität   | 16.4.27           |
| <input type="checkbox"/> Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall  | 16.4.28           |
| <input type="checkbox"/> Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten  | 16.4.29           |
| <input type="checkbox"/> Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie  | 16.4.30           |

|                          |   |                |
|--------------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose  | <b>16.4.31</b> |
| <input type="checkbox"/> | Phosphatverbindungen nur bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann   | <b>16.4.33</b> |
| <input type="checkbox"/> | Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) nur in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme  | <b>16.4.34</b> |
| <input type="checkbox"/> | Synthetischen Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen   | <b>16.4.35</b> |
| <input type="checkbox"/> | Synthetische Tränenflüssigkeit nur bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen des Grades 2, Epidermolysis bullosa, oculäres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.  | <b>16.4.36</b> |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann   | <b>16.4.37</b> |
| <input type="checkbox"/> | Wasserlösliche Vitamine auch in Kombination nur bei Dialyse   | <b>16.4.38</b> |
| <input type="checkbox"/> | 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)   | <b>16.4.39</b> |
| <input type="checkbox"/> | Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson  | <b>16.4.40</b> |
| <input type="checkbox"/> | Arzneimittel zur sofortigen Anwendung als Antidote bei akuten Vergiftungen und Lokalanästhetika zur Injektion   | <b>16.4.41</b> |
| <input type="checkbox"/> | Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus)  | <b>16.4.42</b> |
| <input type="checkbox"/> | L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind   | <b>16.4.43</b> |
| <input type="checkbox"/> | Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel  | <b>16.4.44</b> |
| <input type="checkbox"/> | Butylscopolamin, parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin   | <b>16.4.45</b> |
| <input type="checkbox"/> | Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind  | <b>16.4.46</b> |
| <input type="checkbox"/> | Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Notfallbehandlung zur sofortigen Anwendung kommen   |                |
| <input type="checkbox"/> | Aufwendung für ein zugelassenes nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Arzneimittel, das begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt wird (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.<br><b>Verschreibungspflichtiges Arzneimittel der medikamentösen Haupttherapie:</b><br>_____<br>_____ | <b>16.6</b>    |
| <input type="checkbox"/> | 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).<br><b>Verschreibungspflichtiges Arzneimittel mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen:</b><br>_____<br>_____   | <b>16.7</b>    |