

**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.

Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind 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 der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien (AM-RL) in der jeweils aktuellen Fassung aufgeführt ist (Nr. 4.1.7.1 VV zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 BVO).

Für die Patientin / den Patienten		
Name	Vorname	Geburtsdatum

habe ich zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen folgende(s) apothekenpflichtige(s), nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel, das dem / den in der Anlage I zum Abschnitt F der AM-LR aufgeführten Therapiestandard(s) (umseitig genannt) entspricht, verordnet:

Arzneimittel	Zur Behandlung bei / von (Diagnose / Erkrankung)	Therapiestandard		Nr. der AM-RL
		Ja	Nein	
		o	o	
		o	o	
		o	o	
		o	o	
		o	o	

Zur Erleichterung beim Ausfüllen sind auf der Rückseite die in der Anlage I zum Abschnitt F der (AM-RL) festgelegten Therapiestandards des gemeinsamen Bundesausschusses dargestellt.

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

Nr.	OTC-Liste - Therapiestandards –vgl. Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie-
1.	<b>Abführmittel</b> 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.	<b>Acetylsalicylsäure</b> (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten- Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nicht-invasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3.	<b>Acetylsalicylsäure</b> und <b>Paracetamol</b> nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
4.	<b>Acidosetherapeutika</b> nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm
5.	<b>Topische Anästhetika</b> und/oder <b>Antiseptika</b> , nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus)
6.	<b>Antihistaminika</b> – nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift- Allergien, – nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, – nur bei schwerwichtigem, anhaltendem Pruritus, – nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist
7.	<b>Antimykotika</b> nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum
8.	<b>Antiseptika</b> und <b>Gleitmittel</b> nur für Patienten mit Katheterisierung
9.	Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol)
11.	<b>Calciumverbindungen</b> (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und <b>Vitamin D</b> (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung – 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 Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTHr1)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist.
12.	<b>Calciumverbindungen</b> als Monopräparate nur – bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus, – bei Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTHr1)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist.
13.	<b>Levocarnitin</b> nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel
14.	<b>Citrate</b> nur zur Behandlung von Harnkonkrementen
15.	<b>Dinatriumcromoglycat</b> (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose
16.	<b>E. coli Stamm Nissle 1917</b> nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin
17.	<b>Eisen-(II)-Verbindungen</b> als Monopräparate nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie
18.	<b>Flohsamen</b> und <b>Flohsamenschalen</b> nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Zustand nach ausgedehnter Darmresektion, insbesondere Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoe
19.	<b>Folsäure</b> und <b>Folinat</b> nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms
20.	<b>Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt</b> (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz
21.	<b>Glukokortikoide</b> , topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik.
22.	<b>Harnstoffhaltige Dermatika</b> als Monopräparate mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind
23.	<b>Iodid</b> nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
24.	<b>Iod-Verbindungen</b> nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren
25.	<b>Kaliumverbindungen</b> als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie
26.	<b>Lactulose</b> und <b>Lactitol</b> 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.	<b>Magnesiumverbindungen</b> , oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen
29.	<b>Magnesiumverbindungen</b> , parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko
32.	<b>Mistel-Präparate</b> , parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität
33.	<b>Niclosamid</b> nur zur Behandlung von Bandwurmbefall
34.	<b>Nystatin</b> , oral, nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten
35.	<b>Ornithinaspartat</b> nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie
36.	<b>Pankreasenzyme</b> , ausgenommen in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen, nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe
37.	<b>Phosphatbinder</b> nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse
38.	<b>Phosphatverbindungen</b> bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
39.	<b>Salicylsäurehaltige</b> Zubereitungen (mind. 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme
40.	<b>Synthetischer Speichel</b> nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen
41.	<b>Synthetische Tränenflüssigkeit</b> 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.	<b>Vitamin K</b> als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
42a.	<b>Vitamin B6</b> (als Monopräparat) nur zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine längerfristige Verordnung zulässig.
42b.	<b>Vitamin E</b> (als Monopräparat) nur zur Behandlung von Vitamin-E-Mangel-Ataxie (AVED)
43.	<b>Wasserlösliche Vitamine</b> auch in Kombinationen nur bei der Dialyse
44.	<b>Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin</b> und <b>Folsäure</b> als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit)
45.	<b>Zinkverbindungen</b> als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Dialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson
46.	<b>Arzneimittel zur sofortigen Anwendung</b> – Antidote bei akuten Vergiftungen, – Lokalanästhetika 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 Nummern 10, 30 sind 31 sind unbesetzt.