

Stadt Bochum
 Amt für Personalmanagement,
 Informationstechnologie und Organisation
 Sachgebiet Beihilfen
 44777 Bochum

Ärztliche Bescheinigung bei der Verordnung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Patientenname	Geburtsdatum
---------------	--------------

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)	Therapiestandard		entsprechende AMR – s. Rückseite – Nr.
			ja	nein	
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur Erleichterung beim Ausfüllen sind auf der Rückseite die Therapiestandards der Beihilfeverordnung des Landes NRW und die ihnen ggf. entsprechenden Arzneimittelrichtlinien (AMR) 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 der medikamentösen Haupttherapie:	
verordnetes Arzneimittel als Begleitmedikation:	

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des verordneten Arztes

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 Darm lähmung, 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 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.	Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
4.	Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabel-pouch und Implantation der Harnleiter in den Dünn darm
5.	Topische Anästhetika und/oder Antiseptika, nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermoly-sis 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)
10.	unbesetzt
11.	Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausrei-chender 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 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 Folate 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
22.	unbesetzt
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 Magnesiumverlustkrankungen
29.	Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko
30.	unbesetzt
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], Epidermoly-sis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus
42.	Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
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 entspre-chende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure:5 mg/Dosiseinheit)
45.	Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachge-wiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson
46.	Arzneimittel zur sofortigen Anwendung – 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 Kassenärztli-chen Vereinigungen getroffen werden