

**Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel
Bescheinigung Ausnahmefall**

Personalnummer	Geburtsdatum
Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle Aurich
Postfach 1570
26585 Aurich**

Zur Vorlage bei der Beihilfestelle

**Bescheinigung über das Vorliegen eines Ausnahmefalles für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
(§ 17 Abs. 3 Nr. 4 bis 6 NBhVO)**

Hinweis: Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind für Erwachsene und Kinder nach Vollendung des 12. Lebensjahres grds. nicht beihilfefähig. Ausnahmsweise sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, als Begleitmedikation zwingend erforderlich sind oder zur Behandlung einer unerwünschten, schwerwiegenden Arzneimittelwirkung verordnet werden. Die Ausnahmefälle (schwerwiegenden Erkrankungen und das für die jeweilige Behandlung geltende Standardtherapeutikum) sind auf Seite 2 dieses Schreibens abgedruckt. **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, da sonst eine abschließende Bearbeitung durch die Beihilfestelle nicht möglich ist.**

Bei der Patientin / dem Patienten

Name	Vorname	Geburtsdatum

liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor.

Folgende(s) nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel habe ich der Patientin / dem Patienten verordnet:

Siehe Seite 2 (Nummer 1.1 bis 1.45)			
Bezeichnung des Arzneimittels ¹⁾	Diagnose/Erkrankung	Nr. der umseitigen Liste der Ausnahmefälle (Nr. 1.1 - 1.44)	Handelt es sich um Arzneimittel der Homöopathie oder Anthroposophie (Nr. 1.45)?
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als Therapiestandard? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als Therapiestandard? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als Therapiestandard? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Siehe Seite 2 (Nummer 1.46/1.47)			
Begleitarmittel ¹⁾	Hauptarzneimittel ¹⁾	Indikation/Nachweis	
		<input type="checkbox"/> Das Arzneimittel ist als Begleitmedikation zum Hauptarzneimittel zwingend vorgeschrieben. Die Fachinformation des Hauptarzneimittels ist beigelegt. ²⁾	<input type="checkbox"/> Das Arzneimittel wird zur Behandlung folgender schwerwiegender, unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) eingesetzt: ³⁾ _____

1) Bitte ggf. auch PZN (Pharmazentralnummer) notieren!

2) Die dort als zwingend notwendig vorgeschriebene Begleitmedikation bitte entsprechend kennzeichnen/markieren!

3) Ggf. ausführliche Erläuterung auf gesondertem Blatt!

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes; der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers

Nr.	Standardtherapeutika bei schwerwiegenden Erkrankungen
1.1	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;
1.2	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;
1.3	Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden;
1.4	Acidose-therapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm;
1.5	Topische Anästhetika und/oder Antiseptika , nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus);
1.6	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;
1.7	Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum;
1.8	Antiseptika und Gleitmittel nur für Patientinnen und Patienten mit Katheterisierung;
1.9	Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol);
1.10	Calciumverbindungen (mindestens 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;
1.11	Calciumverbindungen als Monopräparate nur - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus, - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit;
1.12	Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel;
1.13	Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen;
1.14	Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose;
1.15	E.coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin;
1.16	Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie;
1.17	Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen;
1.18	Folsäure und Folinate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms;
1.19	Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert, 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz;
1.20	Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind;
1.21	Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen;
1.22	Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren;
1.23	Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie;
1.24	Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie;

Nr.	Standardtherapeutika bei schwerwiegenden Erkrankungen
1.25	Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente;
1.26	Magnesiumverbindungen , oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustserkrankungen;
1.27	Magnesiumverbindungen , parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko;
1.28	(gestrichen mit Wirkung vom 30.08.2012 lt. RdErl. d. MF vom 30.08.2012)
1.29	Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms;
1.30	Mistel-Präparate , parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität;
1.31	Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall;
1.32	Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten;
1.33	Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie,
1.34	Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe;
1.35	Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse;
1.36	Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann;
1.37	Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme;
1.38	Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen;
1.39	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränen-drüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus;
1.40	Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann;
1.41	Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse;
1.42	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);
1.43	Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson;
1.44	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.
1.45	Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie für die unter Punkt 1.1 bis 1.44 aufgeführten Indikationsgebiete, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.
1.46	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind verordnungsfähig, wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.
1.47	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen; UAW) eingesetzt werden, sind verordnungsfähig, wenn die UAW schwerwiegend sind.