Körperschaft des
öffentlichen Rechts

NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

Bescheinigung über das Vorliegen eines Ausnahmefalles

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer	**Geburtsdatum**

Beihilfeberechtigter
Name, Vorname

Zur Vorlage bei der Beihilfefestsetzungsstelle

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen und die Indikationen beachten!

Ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen eines Ausnahmefalles für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 17 Abs. 3 Nr. 4–6 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 (schwerwiegende Erkrankungen und das für die jeweilige Behandlung geltende Standardtherapeutikum) sind beigefügt. **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, da sonst eine abschließende Bearbeitung durch die Beihilfefestsetzungsstelle 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 Indikationen (Nummer 1.1 bis 1.46)

Bezeichnung des Arzneimittels [1)]	Diagnose / Erkrankung	Nr. der beigefügten Liste der Ausnahmefälle (Nr. 1.1–1.45)	Handelt es sich um Arzneimittel der Homöopathie oder Anthroposophie (Nr. 1.46)?
			◯ nein ◯ ja, als Therapiestandard? ◯ ja ◯ nein
			◯ nein ◯ ja, als Therapiestandard? ◯ ja ◯ nein
			◯ nein ◯ ja, als Therapiestandard? ◯ ja ◯ nein

Siehe Indikationen (Nummer 1.47 / 1.48)

Begleitarzneimittel [1]	Hauptarzneimittel [1]	Indikation / Nachweis	
		Das Arzneimittel ist als Begleitmedikation zum Hauptarzneimittel zwingend vorgeschrieben. Die Fachinformation des Hauptarzneimittels ist beigefügt. [2]	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.	**Acidosetherapeutika** 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** 1.6.1 nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien, 1.6.2 nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, 1.6.3 nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus, 1.6.4 nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, 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** (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und **Vitamin D** (freie oder fixe Kombination) sowie **Vitamin D** als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung 1.10.1. nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, 1.10.2. nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mind. sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, 1.10.3. bei Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTHR1)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder die Patientin oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist;
1.11.	**Calciumverbindungen** als Monopräparate nur 1.11.1 bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus, 1.11.2 bei Behandlung mit Bisphosphonaten, Parathormonrezeptor(PTHR1)-Agonisten, Denosumab und Romosozumab, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder die Patientin oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist;
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** als Monopräparate nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie;
1.17.	**Flohsamen** und **Flohsamenschalen** nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Zustand nach ausgedehnter Darmresektion, insbesondere 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.	**Glukokortikoide,** topisch nasal, nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik;
1.21.	**Harnstoffhaltige Dermatika** als Monopräparate 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;
1.22.	**Iodid** nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen;
1.23.	**Iod-Verbindungen** nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren;
1.24.	**Kaliumverbindungen** als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliaemie;
1.25.	**Lactulose** und **Lactitol** nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie;
1.26.	Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente;
1.27.	**Magnesiumverbindungen**, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen;
1.28.	**Magnesiumverbindungen**, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko;
1.29.	**Mistel-Präparate**, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität;
1.30.	**Niclosamid** nur zur Behandlung von Bandwurmbefall;
1.31.	**Nystatin** nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten;

1.32.	**Ornithinaspartat** nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie;
1.33.	**Pankreasenzyme** ausgenommen in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen, nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe;
1.34.	**Phosphatbinder** nur zur Behandlung der Hyperphosphataemie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse;
1.35.	**Phosphatverbindungen** bei Hypophosphataemie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann;
1.36.	**Salicylsäurehaltige Zubereitungen** (mind. 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme;
1.37.	**Synthetischer Speiche**l nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen;
1.38.	**Synthetische Tränenflüssigkeit** bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, occuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus;
1.39.	**Vitamin B6** (als Monopräparat) nur zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik
1.40.	**Vitamin E** (als Monopräparat) nur zur Behandlung von Vitamin-E-Mangel-Ataxie (AVED);
1.41.	**Vitamin K** als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann;
1.42.	**Wasserlösliche Vitamine** auch in Kombinationen nur bei der Dialyse;
1.43.	**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);
1.44.	**Zinkverbindungen** als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Dialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson;
1.45.	**Arzneimittel zur sofortigen Anwendung** 1.46.1. Antidote bei akuten Vergiftungen, 1.46.2. Lokalanaesthetika zur Injektion, 1.46.3. apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen.
1.46.	**Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie** für die unter Punkt 1.1 bis 1.45 aufgeführten Indikationsgebiete, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.
1.47.	**Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimitteln gesetzt werden (Begleitmedikation), sind verordnungsfähig, wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.
1.48.	**Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittels auftretenden schädlich unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen; UAW) eingesetzt werden, sind verordnungsfähig, wenn die UAW schwerwiegend sind.

Stand: 01.02.2024