

# Ärztliche Bescheinigung über Arzneimittel (Standardtherapeutika) - BBhV



**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Beihilfeabteilung -  
Postfach 10 01 61  
76231 Karlsruhe

**BF** Beihilfenummer

**Beihilfeberechtigter**

Name

Vorname

Geburtsdatum

## Hinweis:

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn sie bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet werden.

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfach-

nennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

## 1. Angaben zum Patienten

Bei wem liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor, bei der die Behandlung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln um Therapiestandard gehört?

Name

Vorname

Geburtsdatum

## 2. Ärztliche Stellungnahme

Der Patient benötigt nachstehend genannte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

2.1 Standardtherapeutikum:

zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Nr. \*):

2.2 Standardtherapeutikum:

zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Nr. \*):

2.3 Standardtherapeutikum:

zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Nr. \*):

\*) bitte die genaue Nr. des Arzneimittels nach Anlage 6 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) angeben (siehe Anlage). Diese Ausnahmeregelung lehnt sich an die Vorschriften an, die für gesetzlich Versicherte gelten. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen kann nur für die in Anlage 6 der BBhV genannten Erkrankungen bzw. Arzneimittel anerkannt werden.

Bei folgenden Arzneimitteln handelt es sich um Standardtherapeutika der Homöopathie/Anthroposophie:

Nr. 2.1

Nr. 2.2

Nr. 2.3

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum

Bund - 22\_2 - BW037111 - 04/2021

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Hauptsitz**  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

**Zweigstelle**  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

**Bankverbindung**  
Landesbank Baden-Württemberg  
BIC: SOLADEST600  
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

**Sie erreichen uns**  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)



## Anlage 6 zu § 22 Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe c BBhV

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.
2. **Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit)** als Thrombozyten-Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nichtinvasive 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. **Acidose-therapeutika** nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.
5. **Topische Anästhetika und/oder Antiseptika** nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankung (zum Beispiel Epidermolysis 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 persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, 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 Personen mit Katheterisierung.
9. **Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen** sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).
10. **Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiseinheit) und Vitamin D (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 Dosiseinheit von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
  - bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
11. **Calciumverbindungen als Monopräparate**
  - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
  - bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
12. **Levocarnitin** nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
13. **Citrate** nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. **Dinatriumcromoglycat-(DNCG-)haltige Arzneimittel (oral)** nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
15. **E.-coli-Stamm Nissle 1917** nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
16. **Eisen-(II)-Verbindungen** nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
17. **Flohsamen und Flohsamenschalen** nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhö.
18. **Folsäure und Folate** nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
19. **Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosiseinheit)** nur zur Behandlung der Demenz.
20. **Glukokortikoide**, topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik.
21. **Harnstoffhaltige Dermatika** mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.

22. **Iodid** nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
23. **Iod-Verbindungen** nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
24. **Kaliumverbindungen** als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
25. **Lactulose und Lactitol** nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Lebersversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
26. **Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung** einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
27. **Magnesiumverbindungen, oral**, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
28. **Magnesiumverbindungen, parenteral**, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
29. **Metixenhydrochlorid** nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
30. **Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert**, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität
31. **Niclosamid** nur zur Behandlung von Bandwurmbefall
32. **Nystatin** nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.
33. **Ornithinaspartat** nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
34. **Pankreasenzyme** nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
35. **Phosphatbinder** nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
36. **Phosphatverbindungen** bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
37. **Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure)** in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
38. **Synthetischer Speichel** nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
39. **Synthetische Tränenflüssigkeit** bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
40. **Vitamin K** als Monopräparat nur bei nachgewiesenen, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
41. **Wasserlösliche Vitamine**, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.
42. **Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure** als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
43. **Zinkverbindungen** als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
44. **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 Kassenärztlichen Vereinigung getroffen werden.