

29. Dezember 2023

Verordnung Aktuell

Arzneimittel-Richtlinie – Switching

apothekenpflichtig vs. verschreibungspflichtig

Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

„Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Ausnahmen ergeben sich nur wenn,

- das verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für die das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist oder
- falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen oder
- eine ausreichende Versorgung durch nicht verschreibungspflichtige Packungsgrößen nicht gewährleistet werden kann.

Hier ist es im Einzelfall möglich, auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel auszuweichen.

Rückforderungsanträge durch Krankenkassen möglich

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte ggf. die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparates gut zu begründen bzw. gründlich zu dokumentieren, dass der Therapieversuch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht erfolgreich war, um für den Fall eines Prüfantrages gewappnet zu sein.

Beachten Sie daher bitte streng die Indikationen und überprüfen Sie die medizinische Notwendigkeit, damit keine Gefahr von Rückforderungsanträgen seitens der Krankenkassen und Prüfungsstelle droht.

In der folgenden **Übersicht*** zeigen wir Ihnen Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, für die sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Medikamente existieren und welche Kriterien für eine wirtschaftliche Arzneimittelauswahl maßgeblich sind.

Die genannten Wirkstoffe und Fertigarzneimittel sind beispielhaft und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl erfolgte nach Verordnungshäufigkeit.

Wichtiger Hinweis: Mit der verpflichtenden Einführung des eRezepts ab 01.01.2024 stellen Sie in den dargestellten Ausnahmefällen (rp) bitte ein eRezept anstatt des rosa Kassenrezepts Muster 16 aus.

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Analgetika	Ibuprofen (ap) Indikation: leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber	Ibuprofen (rp) Indikation: akute Arthritiden (einschließlich Gichtanfall), chronische Arthritiden, insbesondere rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) und andere entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrosen und Spondylarthrosen, entzündliche weichteil-rheumatische Erkrankungen, schmerzhafte Schwellungen und Entzündungen nach Verletzungen	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/ Privatrezept ¹ rp: Kassenrezept
	Anthelmintika	Pyrvinium (Molevac®) Indikation: Oxyuriasis	
			Pyrvinium ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann Mebendazol oder Pyrantel (Kassenrezept) verordnet werden.

* Die Übersicht haben wir auf Basis einer Veröffentlichung verfasst, die uns freundlicherweise von der KV Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wurde.

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Antiallergika (Antihista- minika oral)	Cetirizin, Loratadin, Desloratadin (ap), Dimetinden (Fenistil®), Levocetirizin (Xusal® bzw. Generika)	Desloratadin (rp) (Aerius® bzw. Generika), Ebastin (Ebastel®), Fexofenadin (Telfast® bzw. Generika),	ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹ bzw. Kassenrezept bei Insektengiftallergie, schweren rezidivierenden Urtikarien, schwerwiegendem anhaltendem Pruritus oder bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der topische nasale Glukokortikoide nicht ausreichend sind ³). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Antihistaminika gewechselt werden. Eine sorgfältige Dokumentation ist dringend zu empfehlen, da es in der Vergangenheit bereits Regressanträge einzelner Krankenkassen zu verschreibungspflichtigen Antihistaminika, z.B. Aerius® gegeben hat.
Antiallergika (Antihista- minika okulär)	Azelastin, Ketotifen, Levocabastin (Livocab®), Lodoxamid (Alomide®)	Emedastin (Emadine®), Epinastin (Relestat®), Olopatadin (Opatanol®)	ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Antihistaminika gewechselt werden.

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Antiallergika (Kortikoide nasal)	<p>Beclometason (z.B. RatioAllerg® Heuschnupfenspray),</p> <p>Fluticason (Otri-Allergie®),</p> <p>Mometason (Momeallerg®, Mometahexal® Heuschnupfen-spray)</p> <p>Indikation: Saisonale allergische Rhinitis bei Erwachsenen nach der Erstdiagnose durch Ärztin/Arzt</p>	<p>Beclometason (Generika),</p> <p>Budesonid (Pulmicort® Topinasal bzw. Ge-nerika),</p> <p>Dexamethason (Dexa Rhino-spray Sine®),</p> <p>Flunisolid (Syntaris®),</p> <p>Fluticason (z.B. Avamys®),</p> <p>Mometason (z.B. Nasonex® bzw. Generika),</p> <p>Triamcinolon (z.B. Nasacort®, Rhinisan®)</p> <p>Indikation: Saisonale oder perenniale allergische Rhinitis, ggf. Polyposis nasi (sofern Zul. existiert)</p>	<p>Auswahl je nach Indikation</p> <p>ap: grünes Rezept/Privatrezept¹</p> <p>rp: Kassenrezept bei saisonaler allergischer Rhinitis im Kindes-/Jugendalter (sofern keine Kontraindikationen vorliegen) sowie bei perennialer Rhinitis und ggf. weiteren zugelassenen Indikationen. Bei saisonaler allergischer Rhinitis bei Erwachsenen ist eine Verordnung auf Kassenrezept unwirtschaftlich².</p> <p>Ausnahme: ap-Präparate nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik sind auf Kassenrezept verordnungsfähig⁴. Eine solche schwer-wiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt, bei der die an mind. 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mind. 4 Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist⁵.</p>
Antidepressiva	<p>Johanniskraut (ap), z.B. Jarsin® 300/450/750 mg, Laif® 612/900 Balance, Neuroplant® aktiv, Neuroplant® 300 mg Novo Indikation: Leichte depressive Störung</p>	<p>Johanniskraut (rp): Jarsin® Rx 300, Laif® 900, Neuroplant® Indikation: Mittelschwere Depression</p>	<p>Auswahl je nach Indikation</p> <p>ap: grünes Rezept/Privatrezept¹</p> <p>rp: Kassenrezept Laif® 900 sowie verschreibungspflichtige Neuroplant®- Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaftlich².</p>

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Antidiarrhoika	Loperamid (ap, „Loperamid akut“) Indikation: Symptomatische Behandlung von akuten Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht	Loperamid (rp) Indikation: Symptomatische Behandlung von Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp: Kassenrezept nur nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptationsphase sowie bei schweren und länger andauernden Diarrhöen (auch wenn diese therapieinduziert sind), sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist ⁶ .
Antimykotika (dermal)	Ciclopirox -Präparate (ap, Selergo®, seit 2008 auf dem Markt), andere verschreibungsfreie externe Antimykotika (Terbinafin, Amorolfiin, Bifonazol, Clotrimazol, Econazol, Ketoconazol, Miconazol, Sertaconazol)	Ciclopirox -haltige Externa (rp, Creme, Gel, Lösung, Puder)	rp-Ciclopirox gilt grundsätzlich als unwirtschaftlich, es sei denn, die Therapie mit diesem Wirkstoff wäre bei einem Kind unter 6 Jahren erforderlich (die Behandlung mit Selergo® 1% Creme wird nach Herstellerangaben bei Kindern unter 6 Jahren nicht empfoh- len). Ciclopirox-haltiges Shampoo (Batrafen® S Shampoo) ist darüber hinaus aufgrund eines Verordnungsausschlusses durch die Arzneimittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig ⁷ .
Antimykotika (oral, gegen Mundsoor)	Miconazol -haltige Mundgele (Daktar®, Infectosoor®, Micotar®, Mykoderm®, Mykotin®) Nystatin (Nystatin Mundgel, Moronal® Suspension)	Amphotericin B (Ampho-Moronal® Lutschtabletten/Sus- pension)	ap-Antimykotika zur Behandlung von Pilzinfektionen in Mund- und Rachenraum sind auf Kassenrezept verordnungsfähig ⁸ . Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von Amphotericin B auf Kassenrezept in Betracht.

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Antimykotika (vaginal, gegen Infektionen mit Hefepilzen bzw. Clotrimazol- empfindlichen Bakterien)	Clotrimazol (Kadefungin® 3 Vaginalcreme/- tabletten/ Kombipackung, Fungizid® 200 mg Vaginaltabl. 3 St.)	Clotrimazol (Kadefungin® 6 Vaginalcreme/- tabletten/Kombi- packung, Fungizid® 100 mg Vaginaltabl. 6 St.)	ap-Antimykotika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹). Wirkstoff- und indikationsgleiche rp- Präparate sollten nur nach äußerst strenger Indikationsstellung verordnet werden!
Antiparasitäre Mittel	Permethrin (Infectopedicul®) Indikation: Kopflausbefall	Permethrin (Infectoscab® 5% Creme) Indikation: Scabies	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp: Kassenrezept
Antivertiginosa	Dimenhydrinat (z.B. Vertigo-Vomex®)	Cinnarizin + Dimenhydrinat (z.B. Arlevert®), Betahistin	ap-Antivertiginosa sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der rp-Präparate in Betracht.
Keratolytika (Warzenmittel)	Salicylsäure -haltige verschreibungsfreie Präparate (Clabin®, Duofilm®, Verrucid®)	Fluorouracil + Salicylsäure (Verrumal®)	ap-Warzenmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von Verrumal® auf Kassenrezept in Betracht.

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Laxanzien (Abführmittel)	Bisacodyl, Lactulose, Macrogol, Natrium-picosulfat, Sennoside und weitere Laxanzien	Naloxegol (Moventig®), Prucaloprid (Resolor®), Methylnaltrex- onium bromid (Relistor®)	ap -Abführmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept ¹ bzw. Kassenrezept bei Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase ⁹). rp : Naloxegol und Methylnaltrexonium bromid sind auf Kassenrezept verordnungsfähig zur Behandlung von Opioid-induzierter Obstipation bei Erwachsenen, die unzureichend auf (ap-) Laxanzien angesprochen haben. Prucaloprid ist auf Kassenrezept verordnungs- fähig zur Behandlung chronischer Verstopfung bei Erwachsenen, bei denen (ap-)Laxantien keine ausreichende Wirkung erzielen, sofern eine der o. g. Ausnahmeindikationen ¹⁰ vorliegt.
Magen-Darm- Mittel (Protonen- pumpenhemmer)	Esomeprazol, Omeprazol, Pantoprazol (ap, 7 oder 14 Stück à 20 mg): Indikationen: Sodbrennen, saures Aufstoßen	Omeprazol, Pantoprazol (rp): Indikationen: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. Rezidiv- prophylaxe), Zollinger-Ellison- Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikations- therapie	Auswahl je nach Indikation ap : grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp : Kassenrezept NSAR-Prophylaxe: nur bei Risikopatienten

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Migränemittel	Triptan -Präparate (ap) in kleiner Packungsgröße (2 Filmtabletten): Formigran® (Naratriptan) bzw. Naratriptan-Generika, Dolortriptan® (Almotriptan)	Triptan -Präparate (rp), z.B. Almogran®, Maxalt® (Rizatriptan), Zolmitriptan- Generika, verschreibungs- pflichtige Naratriptan-Präp.	Die kleinen Packungsgrößen (ap) sind für die notfallmäßige Versorgung durch Patientinnen und Patienten selbst vorgesehen. Bei häufigen Therapieanlässen bzw. bei sonstiger Unzweck-mäßigkeit der ap-Triptane können rp-Triptane auf Kassenrezept verordnet werden.
Mineralstoff- präparate	Selen (ap), Dosisstärke: 50 µg CAVE: Es gibt zahlreiche, auch höher dosierte Nahrungs- ergänzungsmittel!	Selen (rp), Dosisstärke: 100 µg, 300 µg	In den häufig angefragten Indikationen wie z.B. Hashimoto-Thyreoiditis, Schilddrüsenkarzinom darf Selen (ap, rp) nicht auf Kassenrezept verordnet werden (Off-Label-Einsatz). In der zugelassenen Indikation „nachgewiesener Selenmangel, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann“ wäre formal eine Verordnung von rp-Selen auf Kassenrezept möglich (z.B. bei schwerem Malassimilationssyndrom).
Sekretolytika	Acetylcystein (ACC) (ap) Indikation: Erkältungs- bedingte Bronchitis	Acetylcystein (ACC) (rp) Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen broncho- pulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleim- bildung und -transport einhergehen	Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp: Kassenrezept

Wirkstoff- gruppe	apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel	verschreibungs- pflichtige (rp) Arzneimittel	Erläuterung
Virustatika (extern)	Aciclovir (ap) Creme, Indikation: Herpes labialis Nur Packungsgrößen bis 2 g	Aciclovir (rp) Creme, Indikation: Herpes labialis und Herpes genitalis Augensalbe, Indikation: Durch Herpes-simplex- Viren hervorgerufene Hornhautentzündung des Auges	Auswahl je nach Indikation ap : grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp : Kassenrezept, jedoch in der Indikation Herpes labialis aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² unwirtschaftlich.
Vitamin- präparate (fettlöslich)	Vitamin D (ap), z.B. Dekristol® 400 IE, Vigantoletten®	Vitamin D (rp): Dekristol® 20.000 IE , Indikation: Einmalige Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D- Mangelzuständen Vigantol® Öl 20.000 I.E./ml , Indikationen: Vorbeugung gegen Rachitis, Behandlung der Osteoporose, Vorbeugung bei erkennbarem Risiko einer Vitamin-D- Mangelerkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie, Behandlung von Hypo- parathyreoidismus	Auswahl je nach Indikation ap : grünes Rezept/Privatrezept ¹ , eine Verordnung auf Kassenrezept ist nach den Kriterien der OTC- Ausnahmeliste (z.B. manifeste Osteoporose, längerfristige höherdosierte Steroidtherapie) möglich ¹¹ . rp : Verordnung auf Kassenrezept nur in den genannten zugelassenen Indikationen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ² (z.B. Notwendigkeit für die Verabreichung in Tropfenform).
Vitamin- präparate (wasser- löslich)	Medivitan® i. v. Injektionslg. (ap) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure (ohne Lidocain)	Medivitan® - Amp./Fertigspr. (rp) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure, weiterer Bestandteil: Lidocain	ap : grünes Rezept/Privatrezept ¹ , Verordnung auf Kassenrezept nur bei Dialysepatientinnen und -patienten möglich ¹² . rp : Formal verordnungsfähig nur bei nachgewiesenem kombiniertem Mangel an Vitamin B6, Vitamin B12 und Folsäure, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann. Privatverordnung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ² empfohlen.

Literatur

- 1 Gültig für Erwachsene und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren ohne Entwicklungsstörungen
ap: Apothekenpflichtiges, nicht verschreibungspflichtiges (= verschreibungsfreies) Arzneimittel, das in der Regel nicht zulasten der GKV verordnungsfähig ist – sofern nicht explizite Ausnahmeregelungen (gem. Anlage I AM-RL, sog. OTC-Ausnahmeliste) bestehen.
rp: Verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das in der Regel zulasten der GKV verordnungsfähig ist – sofern nicht Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse (gem. Anlage III AM-RL) bestehen.
- 2 § 12 Abs. 11 AM-RL (Wirtschaftlichkeitsgebot, siehe grüner Kasten auf Seite 1)
- 3 Nr. 6 Anlage I AM-RL (Antihistaminika)
- 4 Nr. 21 Anlage I AM-RL (Glukokortikoide, topisch nasal)
- 5 Tragende Gründe zum Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)-Beschluss „nasale Glukokortikoide“
- 6 Nr. 12 Anlage III AM-RL (Antidiarrhoika)
- 7 Nr. 23 Anlage III AM-RL (Dermatika zur Reinigung und Pflege der Haut, des Haares usw.)
- 8 Nr. 7 Anlage I AM-RL (Antimykotika)
- 9 Nr. 1 Anlage I AM-RL (Abführmittel)
- 10 § 13 Abs. 1 Nr. 3 AM-RL (Abführmittel)
- 11 Nr. 11 Anlage I AM-RL (Calcium und Vitamin D)
- 12 Nr. 43 Anlage I AM-RL (Vitamin-Kombinationspräparate)

Wir halten Sie up to date.

Ihre KVB



Weitere Infos rund um Verordnungen:

→ www.kvb.de/mitglieder/verordnungen



KVB Servicecenter

Kurze Frage – direkte Antwort

089 / 570 93 – 400 10

Mo - Do 7:30 - 17:30 Uhr und Fr 7:30 - 16:00 Uhr

KVB Beratungszentrum

Terminwunsch für ausführliche Beratung

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

Mo - Do 8:00 - 16:00 Uhr und Fr: 8:00 - 13:00 Uhr