



Verordnung Aktuell Arzneimittel

Stand: 15. Juli 2020

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ Verordnungsberatung@kvb.de ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ Switchinggefahr: apothekenpflichtig vs. verschreibungspflichtig^a

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 welche das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist oder falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen. Hier kann **im Einzelfall** auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

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.

^a Die Übersicht (ab Seite 2) haben wir auf Basis einer Veröffentlichung verfasst, die uns freundlicherweise von der KV Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wurde.

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|--|--|--|--|
| Analgetika | <p>Ibuprofen (ap) Indikation: leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber</p> | <p>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 weichteilrheumatische Erkrankungen, schmerzhafte Schwellungen und Entzündungen nach Verletzungen</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ rp: Kassenrezept</p> |
| Anthelmintika | <p>Pyrvinium (Molevac®) Indikation: Oxyuriasis</p> | <p>Mebendazol (Vermox®, Surfont®) und Pyrantel (Helmex®), speziell in der Indikation Oxyuriasis</p> | <p>Pyrvinium ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept¹). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann Mebendazol oder Pyrantel (Kassenrezept) verordnet werden.</p> |
| Antiallergika (Antihistaminika oral) | <p>Cetirizin, Loratadin, Desloratadin (ap), Dimetinden (Fenistil®), Levocetirizin (Xusal®) bzw. Generika)</p> | <p>Desloratadin (rp) (Aerius® bzw. Generika), Ebastin (Ebastel®), Fexofenadin (Telfast® bzw. Generika),</p> | <p>ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept¹ bzw. Kassenrezept bei Insektengiftallergie, schweren rezidivierenden Urtikarien, schwerwiegendem anhaltendem Pruritus oder bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der topische nasale Glukokortikoide nicht ausreichend sind³). 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.</p> |
| Antiallergika (Antihistaminika okulär) | <p>Azelastin, Ketotifen, Levocabastin (Livocab®), Lodoxamid (Alomide®)</p> | <p>Emedastin (Emadine®), Epinastin (Relestat®), Olopatadin (Opatanol®)</p> | <p>ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots² zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept¹). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Antihistaminika gewechselt werden.</p> |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Antiallergika (Kortikoide nasal) | <p>Beclometason (z. B. Ratioal- lerg® Heuschnupfenspray), Fluticason (Otri-Allergie®), Mometason (Momeallerg®, Mometahexal® Heuschnupfen- spray) Indikation: Saisonale allergi- sche Rhinitis bei Erwachsenen nach der Erstdiagnose durch einen Arzt</p> | <p>Beclometason (Generika), Bu- desonid (Pulmicort® Topinasal bzw. Generika), Dexamethason (Dexa Rhinospray Sine®), Fluni- solid (Syntaris®), Fluticason (z. B. Avamys®), Mometason (z. B. Nasonex® bzw. Generika), Tri- amcinolon (z. B. Nasacort®, Rhi- nisan®) Indikation: Saisonale oder peren- niale allergische Rhinitis, ggf. Po- lyposis nasi (sofern Zulassung existiert)</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ 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 Ver- ordnung auf Kassenrezept unwirtschaftlich². Ausnahme: ap-Prä- parate nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik sind auf Kassenrezept verord- nungsfähig⁴. Eine solche schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende aller- gische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen auf- tretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist⁵.</p> |
| Antidepressiva | <p>Johanniskraut (ap), z. B. Jar- sin® 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 Depres- sion</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ rp: Kassenrezept Laif® 900 sowie verschreibungspflichtige Neuroplant®-Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaft- lich².</p> |
| Antidiarrhoika | <p>Loperamid (ap, „Loperamid akut“) Indikation: Symptomatische Behandlung von akuten Diar- rhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht</p> | <p>Loperamid (rp) Indikation: Symptomatische Be- handlung von Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfü- gung steht</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ rp: Kassenrezept nur nach kolorektalen Resektionen in der post- operativen Adaptationsphase sowie bei schweren und länger an- dauernden Diarrhöen (auch wenn diese therapieinduziert sind), sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist⁶.</p> |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|---|---|---|--|
| 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 empfohlen). Ciclopirox-haltiges Shampoo (Batrafen® S Shampoo) ist darüber hinaus aufgrund eines Verordnungs Ausschlusses 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/Suspension) | 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. |
| 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/ Kombipackung, 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. |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|---|--|---|---|
| Laxanzien (Abführmittel) | Bisacodyl, Lactulose, Macrogol, Natriumpicosulfat, Senoside und weitere Laxanzien | Naloxegol (Moventig®), Prucaloprid (Resolor®), Methylnaltrexonium 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 ordnungsfähig zur Behandlung von Opioid-induzierter Obstipation bei Erwachsenen, die unzureichend auf (ap-) Laxanzien angesprochen haben. Prucaloprid ist auf Kassenrezept ordnungsfähig zur Behandlung chronischer Verstopfung bei Erwachsenen, bei denen (ap-)Laxanzien keine ausreichende Wirkung erzielen, sofern eine der o. g. Ausnahmeindikationen ¹⁰ vorliegt. |
| Magen-Darm-Mittel (Protonenpumpenhemmer) | Esomeprazol, Omeprazol, Pantoprazol (ap, 7 oder 14 Stück à 20 mg): Indikationen: Sodbrennen, saures Aufstoßen | Omeprazol, Pantoprazol (rp): Indikationen: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. Rezidivprophylaxe), Zollinger-Ellison-Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikationstherapie | Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept ¹ rp: Kassenrezept NSAR-Prophylaxe: nur bei Risikopatienten |
| Migränemittel | Triptan -Präparate (ap) in kleiner Packungsgröße (2 Filmtabletten): Formigran® (Naratriptan) bzw. Naratriptan-Generika, Dolortriptan® (Almotriptan) | Triptan -Präparate (rp), z. B. Almotriptan®, Maxalt® (Rizatriptan), Zolmitriptan-Generika, verschreibungspflichtige Naratriptan-Präp. | Die kleinen Packungsgrößen (ap) sind für die notfallmäßige Versorgung durch den Patienten selbst vorgesehen. Bei häufigen Therapieanlässen bzw. bei sonstiger Unzweckmäßigkeit der ap-Triptane können rp-Triptane auf Kassenrezept verordnet werden. |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|-----------------------|--|---|--|
| Mineralstoffpräparate | <p>Selen (ap), Dosisstärke: 50 µg CAVE: Es gibt zahlreiche auch höher dosierte Nahrungsergänzungsmittel!</p> | <p>Selen (rp), Dosisstärke: 100 µg, 300 µg</p> | <p>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)</p> |
| Sekretolytika | <p>Acetylcystein (ACC) (ap) Indikation: Erkältungsbedingte Bronchitis</p> | <p>Acetylcystein (ACC) (rp) Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleimbildung und -transport einhergehen</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ rp: Kassenrezept</p> |
| Virustatika (extern) | <p>Aciclovir (ap) Creme, Indikation: Herpes labialis nur Packungsgrößen bis 2 g</p> | <p>Aciclovir (rp) Creme, Indikation: Herpes labialis und Herpes genitalis Augensalbe, Indikation: Durch Herpes-simplex-Viren hervorgerufene Hornhautentzündung des Auges</p> | <p>Auswahl je nach Indikation ap: grünes Rezept/Privatrezept¹ rp: Kassenrezept, jedoch in der Indikation Herpes labialis aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots² unwirtschaftlich.</p> |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit |
|----------------------------------|---|---|--|
| Vitaminpräparate (fettlöslich) | Vitamin D (ap), z. B. Dekristol® 400 IE, Vigantolekten® | 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-Mangelkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie, Behandlung von Hypoparathyreoidismus | 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). |
| Vitaminpräparate (wasserlöslich) | 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 Dialysepatienten 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. |

Ansprechpartner für Ordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung.

Oder Sie hinterlassen uns über das Kontaktformular unter www.kvb.de/Beratung einen Rückrufwunsch.

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 (gemäß 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 (gemäß 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 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)