Die Qual der Wahl: verschreibungsfrei versus verschreibungspflichtig

In der folgenden Übersicht zeigen wir Ihnen, für welche Wirkstoffe und Wirkstoffklassen sowohl verschreibungsfreie (Ap) als auch verschreibungspflichtige (Rp) Medikamente existieren und welche Kriterien für die korrekte Arzneimittelauswahl maßgeblich sind. Die Kosten für Arzneimittel, die auf grünem Rezept verordnet werden, fließen nicht in Ihr Verordnungsvolumen ein. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 11 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."

Substanzklasse	Verschreibungsfreie (Ap) Arzneimittel	Verschreibungspflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Abführmittel	**Bisacodyl, Lactulose, Macrogol, Natriumpicosulfat, Sennoside** und weitere Laxanzien	**Naloxegol** (Moventig®), **Prucaloprid** (Resolor®)	Ap-Abführmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept* 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 [8]). Naloxegol ist auf Kassenrezept verordnungsfähig zur Behandlung von Opioid-induzierter Obstipation bei Erwachsenen, die unzureichend auf (Ap-)Laxanzien angesprochen haben. Prucaloprid ist auf Kassenrezept verordnungsfähig zur Behandlung chronischer Verstopfung bei Erwachsenen, bei denen (Ap-)Laxantien keine ausreichende Wirkung erzielen, sofern eine der o. g. Ausnahmeindikationen [9] vorliegt.
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 weichteilrheumatische Erkrankungen, schmerzhafte Schwellungen und Entzündungen nach Verletzungen	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept
	Naproxen (Ap) Indikation (je nach Präparat): leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen, ggf. bekannte Arthrose), Fieber	**Naproxen** (Rp) Indikation: akute Arthritiden (einschließlich Gichtanfall), chronische Arthritiden, insbesondere rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) und andere entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Reizzustände bei Arthrosen und Spondylarthrosen, Weichteilrheumatismus, schmerzhafte Schwellungen oder Entzündungen nach Verletzungen oder Operationen, krampfartige, schmerzhafte Beschwerden während der Regelblutung (primäre Dysmenorrhö) und nach Einlage einer Spirale (Intrauterinpessar)	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept Davon abweichend ist die Verordnung von Rp-Naproxen (vgl. [11]) bei primärer Dysmenorrhö unwirtschaftlich [2], es sei denn, die zugelassene Tageshöchstdosis von Ap-Naproxen (750 mg/d) ist nicht ausreichend.
Analgetika mit zugehörigen Analgetika-**Fixkombinationen**	**Paracetamol**-Monopräparate (außer Großpackungen mit >20 Tabletten)	Kombinationspräparate mit **Paracetamol** und **Codein** (z. B. Gelonida®)	Kombinationspräparate sind formal auf Kassenrezept verordnungsfähig (es existiert kein Verordnungsausschluss nach Anlage III AM-RL [1]), können jedoch potentiell unwirtschaftlich sein.
Anthelmintika	**Pyrvinium** (Molevac®) Indikation: Oxyuriasis	**Mebendazol** (Vermox®) und **Pyrantel** (Helmex®), speziell in der Indikation Oxyuriasis	Ap-Anthelmintika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der Rp-Präparate in Betracht.

Substanzklasse	Verschreibungsfreie (Ap) Arzneimittel	Verschreibungspflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Antiallergika (Antihistaminika oral)	**Cetirizin, Loratadin, Dimetinden** (Fenistil®), **Levocetirizin** (Xusal® bzw. Generika), **Desloratadin** (Ap, Generika), **Bilastin** (Allegra® Allergietabletten)	**Desloratadin** (Aerius® bzw. Rp-Generika), **Levocetirizin** (Xusal® Tropfen bzw. Rp-Generika), **Ebastin** (Ebastel®), **Fexofenadin** (Telfast®, Generika), **Rupatadin** (Urtimed®, Generika)	Ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept* bzw. Kassenrezept bei Insektengiftallergie, schweren rezidivierenden Urtikarien, schwerwiegendem anhaltendem Pruritus oder bei persistierender, schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist [4]). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf ein Rp-Antihistaminikum (z. B. Ebastin) gewechselt werden. Eine sorgfältige Dokumentation ist dringend zu empfehlen, da es in der Vergangenheit bereits Regressanträge einzelner Kassen gegeben hat.
Antiallergika (Antihistaminika okulär)	**Azelastin, Ketotifen, Levocabastin** (Livocab®), **Olopatadin** (Alltrevo®)	**Emedastin** (Emadine®), **Epinastin** (Relestat®), **Olopatadin** (Opatanol® Augentropfen bzw. Rp-Generika)	Ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept*). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf Rp-Antihistaminika gewechselt werden.
Antiallergika (Kortikoide nasal) (vgl. Verordnungsforum Nr. 40, Seite 12-13 und Rundschreiben Dezember 2018, Seite 18-19)	**Beclometason** (z. B. Ratioallerg® Heuschnupfenspray), **Fluticason** (Otri-Allergie®), **Mometason** (Momeallerg®, Mometahexal® Heuschnupfenspray) Indikation: Saisonale allergische Rhinitis bei Erwachsenen nach der Erstdiagnose durch einen Arzt	**Beclometason**, **Budesonid**, **Dexamethason**, **Flunisolid** (Syntaris®), **Fluticason** (z. B. Avamys®), **Mometason** (z. B. Nasonex®), **Triamcinolon** (z. B. Nasacort®, Rhinisan®) Indikation: Saisonale allergische oder perenniale Rhinitis, ggf. Polyposis nasi (sofern Zulassung existiert)	Auswahl je nach Indikation Ap: nasale Ap-Kortikoide sind zur Behandlung einer persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik auf einem Kassenrezept verordnungsfähig. Rp: Kassenrezept bei saisonaler allergischer Rhinitis im Kindes-/Jugendalter (sofern keine Kontraindikationen vorliegen) sowie bei perennialer Rhinitis und ggf. weiteren zugelassenen Indikationen. Bei vorübergehender saisonaler allergischer Rhinitis mit leichter Symptomatik ist bei Erwachsenen eine Verordnung auf Kassenrezept unwirtschaftlich [2].
Antidepressiva (vgl. Verordnungsforum Nr. 11, Seite 28)	**Johanniskraut** (Ap), z. B. Jarsin® 300/450/750 mg, Laif® 900 Balance, Neuroplant® aktiv, Neuroplant® 300 mg Novo Indikation: Leichte depressive Störung	**Johanniskraut** (Rp): Jarsin® Rx 300, Laif® 900, Neuroplant® Indikation: Mittelschwere Depression	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept Laif® 900 sowie verschreibungspflichtige Neuroplant®-Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaftlich [2].
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* Rp: Kassenrezept nur nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptionsphase, bei schweren und länger andauernden Diarrhöen (auch wenn diese therapieinduziert sind), sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist, oder zur Vermeidung von Arzneimittel-induzierten Diarrhöen, wenn gemäß Fachinformation des Hauptarzneimittels die Gabe einer entsprechenden Begleitmedikation vorausgesetzt wird oder der Patient darauf hinzuweisen ist, dass die Anwendung einer entsprechenden Begleitmedikation erforderlich ist [3].
	Racecadotril (Ap, Diaverde®, Vaprino®) Indikation: Symptomatische Behandlung der akuten Diarrhö bei Erwachsenen.	**Racecadotril** (Rp) Tiorfan® Granulat Indikation: Ergänzende symptomatische Behandlung der akuten Diarrhö bei Säuglingen (ab dem 4. Lebensmonat) und Kindern. Tiorfan® Hartkapseln Indikation: Symptomatische Behandlung der akuten Diarrhö bei Erwachsenen	Diaverde®, Vaprino® und Tiorfan® Hartkapseln sind unabhängig vom Alter nicht auf Kassenrezept verordnungsfähig. Tiorfan® Granulat ist bei Säuglingen ab dem 4. Lebensmonat und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen auf Kassenrezept verordnungsfähig.

Substanzklasse	Verschreibungsfreie (Ap) Arzneimittel	Verschreibungspflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Antimykotika (dermal) (vgl. Verordnungsforum Nr. 24, Seite 10)	**Ciclopirox**-Präparate (Ap, Selergo®, seit 2008 auf dem Markt), andere verschreibungsfreie externe Antimykotika **(Terbinafin, Amorolfin, Bifonazol, Clotrimazol, Econazol, Ketoconazol, Miconazol, Sertaconazol, Tioconazol)**	**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).
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 [5]. 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*). Eine Verordnung der wirkstoff- und indikationsgleichen Rp-Präparate ist aus Wirtschaftlichkeitsgründen abzulehnen.
Antiparasitäre Mittel	**Permethrin** (Biomopedicul® 0,5 % Lösung, Infectopedicul®, Permethrin-biomo® Lösung) Indikation: Kopflausbefall	**Permethrin** Indikation: Skabies (siehe Antiskabiosa)	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept
Antiskabiosa	**Benzylbenzoat** (Antiscabiosum®), **Crotamiton** (Crotamitex®)	**Permethrin** (Gepescab 5 % Creme, Infectoscab® 5 % Creme, Permethrin-biomo® Creme 5 %), **Ivermectin** (Driponin®, Iveraxiro®, Ivermectin Pädia®)	Im Gegensatz zu den empfohlenen Wirkstoffen Permethrin und Ivermectin gelten Benzylbenzoat und Crotamiton als Mittel der zweiten bzw. dritten Wahl [10]. Die Verordnung der verschreibungspflichtigen Arzneimittel auf Kassenrezept ist daher gerechtfertigt.
Antivertiginosa	**Dimenhydrinat** (z. B. Vertigo-Vomex®)	**Cinnarizin + Dimenhydrinat** (z. B. Arlevert®)	Ap-Antivertiginosa sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der Rp-Präparate in Betracht.
Eisenpräparate (vgl. Verordnungsforum Nr. 53, Seite 4-10)	**Eisen(II)-Verbindungen** wie Eisen(II)glycinsulfat (z. B. Ferro sanol®), Eisen(II)sulfat (z. B. Tardyferon®) u. a. Indikation: latenter oder manifester Eisenmangel mit oder ohne Ausbildung einer Anämie, Eisenmangelanämie	**Eisen-Verbindungen zur parenteralen Anwendung**, z. B. Eisen(III)carboxymaltose (Ferinject®), Eisen(III)-Natrium-D-gluconat-Komplex (Ferrlecit®) Indikation: Eisenmangelzustände, wenn eine orale Eisensubstitution nicht möglich ist.	Orale Ap-Eisen(II)-Präparate sind zur Behandlung einer gesicherten Eisenmangelanämie auf Kassenrezept verordnungsfähig. Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der parenteralen Eisen(III)-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*). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von Verrumal® auf Kassenrezept in Betracht.
Magen-Darm-Mittel (vgl. Verordnungsforum Nr. 54, Seite 6-7)	**Esomeprazol, Omeprazol, Pantoprazol** (Ap, 7 oder 14 Stück à 20 mg): Indikation: Sodbrennen, saures Aufstoßen	**Omeprazol**, **Pantoprazol** (Rp): Indikation: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. Rezidivprophylaxe), Zollinger-Ellison-Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikationstherapie (in Kombination mit Antibiotika)	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept
Migränemittel (vgl. Verordnungsforum Nr. 4, Seite 35-37)	**Almotriptan, Naratriptan, Sumatriptan** (Ap, 2 Stück)	**Triptan**-Präparate (Rp)	Die kleinen Packungsgrößen (Ap) sind für die notfallmäßige Versorgung des Patienten vorgesehen, die ohne Arztrezept möglich ist (Verordnung ansonsten nur auf grünem Rezept* möglich). Bei häufigen Therapieanlässen bzw. bei sonstiger Unzweckmäßigkeit der Ap-Triptane können Rp-Triptane auf Kassenrezept verordnet werden.

Substanzklasse	Verschreibungsfreie (Ap) Arzneimittel	Verschreibungspflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit
Mineralstoffpräparate (vgl. Verordnungsforum 57, Seite 7-9)	**Selen** (Ap), Dosisstärke: 50 µg	**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" ist Ap-Selen aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept*). Erst wenn die Tagesdosis der Ap-Präparate (bis zu 70 µg) überschritten werden muss, kommt eine Verordnung von Rp-Selen auf Kassenrezept in Betracht.
Sekretolytika	**Acetylcystein** (ACC) (Ap) Indikation: Erkältungsbedingte Bronchitis	**Acetylcystein** (ACC) (Rp) Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleimbildung und -transport einhergehen	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept* Rp: Kassenrezept
Virustatika (extern)	**Aciclovir** (Ap) Creme, Indikation: Herpes labialis	**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* Rp: Kassenrezept, jedoch in der Indikation Herpes labialis aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] unwirtschaftlich
Vitaminpräparate (fettlöslich) (vgl. Verordnungsforum Nr. 65, Seite 4-6)	**Vitamin D** (Ap), z. B. Dekristol® 400 I.E./500 I.E./1.000 I.E. Tabletten, Vigantol® 500 I.E./1.000 I.E. Tabletten	**Vitamin D** (Rp): **Dekristol®** 20.000 I.E./ml Tropfen, **Thorens®** 10.000 I.E./ml Tropfen Indikation: Prävention und Behandlung von Vitamin-D-Mangel, Behandlung der Osteoporose **Dekristol®** 20.000 I.E. Weichkapseln, **Thorens®** 25.000 I.E. Hartkapseln, **Thorens®** 25.000 I.E./2,5 ml Lösung Indikation: Anfangsbehandlung von klinisch relevanten Vitamin-D-Mangelzuständen bei Erwachsenen **Vigantol®** Öl 20.000 I.E./ml Indikation: Vorbeugung gegen Rachitis, Behandlung der Osteoporose, Vorbeugung bei erkennbarem Risiko einer Vitamin-D-Mangelerkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie, Behandlung von Hypoparathyreoidismus	Auswahl je nach Indikation Ap: grünes Rezept/Privatrezept*, eine Verordnung auf Kassenrezept ist nach den Kriterien der OTC-Ausnahmeliste (z. B. manifeste Osteoporose, längerfristige höherdosierte Steroidtherapie) möglich [6]. 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®** iV Injektionslösung (Ap) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure (ohne Lidocain)	**Medivitan®** Ampullen/Fertigspritze (Rp) Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure, weiterer Bestandteil: Lidocain	Ap: grünes Rezept/Privatrezept*, Verordnung auf Kassenrezept nur bei Dialysepatienten möglich [7]. Rp: Privatverordnung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots [2] empfohlen

* 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.

Literatur

[1] Nr. 6 Anlage III AM-RL (Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen)

[2] § 12 Abs. 11 AM-RL (Wirtschaftlichkeitsgebot, siehe Infobox)

[3] Nr. 12 Anlage III AM-RL (Antidiarrhoika)

[4] Nr. 6 Anlage I AM-RL (Antihistaminika)

[5] Nr. 7 Anlage I AM-RL (Antimykotika)

[6] Nr. 11 Anlage I AM-RL (Calcium und Vitamin D)

[7] Nr. 43 Anlage I AM-RL (Vitamin-Kombinationspräparate)

[8] Nr. 1 Anlage I AM-RL (Abführmittel)

[9] § 13 Nr. 3 AM-RL (Abführmittel)

[10] Robert-Koch-Institut. Skabies (Krätze) – RKI-Ratgeber für Ärzte. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Skabies.html#doc2374546bodyText10. Letzter Zugriff: 11.10.2022

[11] Nr. 13 Anlage III AM-RL