

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



## Entlassung aus der Verschreibungspflicht – Was kann weiterhin verordnet werden?

### Ablauf der Entlassung aus der Verschreibungspflicht

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen unterliegen zunächst immer der Verschreibungspflicht. Diese ist in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) geregelt. Wird ein Wirkstoff aus der Verschreibungspflicht entlassen, bezeichnet man dies als „OTC-Switch“<sup>1</sup>. Der Switch-Prozess wird meist durch einen pharmazeutischen Unternehmer (Hersteller) angestoßen. Die deutsche bzw. europäische Zulassungsbehörde prüft den entsprechenden Antrag und gibt eine Empfehlung ab. Die anschließende Umsetzung in der AMVV erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).<sup>2,3</sup>

### Grundsatz zur wirtschaftlichen Verordnung

Durch eine teilweise Entlassung aus der Verschreibungspflicht, z.B. nur bestimmter Wirkstoffstärken und Packungsgrößen, können gleichzeitig apothekenpflichtige Arzneimittel und verschreibungspflichtige Arzneimittel desselben Wirkstoffs auf dem Markt sein. Grundsätzlich gilt Folgendes:

Sofern für eine Behandlung apothekenpflichtige Arzneimittel medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind, sollen diese zu Lasten des Patienten<sup>4</sup> verordnet werden. Eine Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann in diesen Fällen unwirtschaftlich sein (vgl. § 12 Abs. 11 AM-RL).

Für die Beurteilung der Zweckmäßigkeit sind die zugelassenen Anwendungsgebiete eines apothekenpflichtigen Arzneimittels mit einzubeziehen. Falls ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel in einer Indikation eingesetzt werden soll, für die das apothekenpflichtige Arzneimittel nicht zugelassen ist, muss auf das verschreibungspflichtige Präparat ausgewichen werden. Gleiches gilt, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen. Eine gute Dokumentation in der Patientenakte ist in diesem Fall zu empfehlen.

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.

Stand: 01./2026

<sup>1</sup> OTC = „Over The Counter“; Bezeichnung für Arzneimittel, die in Apotheken ohne Rezept abgegeben werden

<sup>2</sup> <https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/Verschreibungspflicht/node.html>, letzter Zugriff am 14.07.2025

<sup>3</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/switchguide\\_160106\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/switchguide_160106_en.pdf), letzter Zugriff am 14.07.2025

<sup>4</sup> Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

## Apothekenpflichtig versus verschreibungspflichtig – Beispiele zur Verordnungsfähigkeit (Stand: 07/2025)<sup>5</sup>

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                     | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Analgetika      | <b>Ibuprofen (ap)</b><br>Indikation: leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber                                                                            | <b>Ibuprofen (rp)</b><br>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<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept   |
|                 | <b>Dexibuprofen (ap)</b><br>Indikation: Bei Erwachsenen zur symptomatischen kurzzeitigen Behandlung von akuten leichten bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber | <b>Dexibuprofen (rp)</b><br>Indikation: beim erwachsenen zur symptomatische Behandlung von Schmerzen /Entzündung/ Reizzuständen aktivierter Arthrosen. primärer Dysmenorrhoe, Schmerzen des Bewegungsapparates oder Zahnschmerzen.                                                                                                                                                                     | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept   |
|                 | <b>Ibuprofen + Paracetamol (z. B. Duoval<sup>®</sup>, Ibuhexal<sup>®</sup> plus Paracetamol, Syofen<sup>®</sup>)</b><br>Indikation: Zur kurzzeitigen                                      | <b>Ibuprofen + Paracetamol (Paracetamol/Ibuprofen-ratiopharm<sup>®</sup>, 50 St.=N3)</b><br>Indikation: Zur kurzzeitigen symptomatischen Behandlung von                                                                                                                                                                                                                                                | rp-Kombination aus Ibuprofen + Paracetamol gilt grundsätzlich als unwirtschaftlich |

<sup>5</sup> Für die genauen Anwendungsgebiete sind die jeweiligen Fachinformationen zu beachten.

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                         | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <p>symptomatischen Behandlung von leichten bis mäßig starken Schmerzen (bei Erwachsenen).</p> <p>Paracetamol (z. B. Paracetamol ADGC 500 mg Tabl., 20 St. = N2)</p> <p>Naproxen (ap)<br/>Indikation (je nach Präparat): leichte bis mäßig starke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen, ggf. bekannte Arthrose), Fieber</p> | <p>leichten bis mäßig starken Schmerzen (bei Erwachsenen).</p> <p>Paracetamol (Paracetamol Stada 500 mg Tabletten 30 St. und 50 St.= N3)</p> <p>Naproxen (rp)<br/>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 (Intrauterinpeessar)</p> | <p>ap-Paracetamol-Tabletten: gemäß Anlage I Nr. 3 AM-RL verordnungsfähig bei schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden<br/>rp-Paracetamol-Tabletten: grundsätzlich unwirtschaftlich</p> <p>Auswahl je nach Indikation<br/>Ap: grünes Rezept/Privatrezept<br/>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</p> |
| Antihelminthika | <p><b>Pyrrvinium</b> (Molevac®)<br/>Indikation: Oxyuriasis</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>Mebendazol</b> (Vermox®)<br/><b>Pyrantel</b> (Helmex®)<br/>Indikationen: Oxyuriasis und weitere Wurmerkrankungen</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Oxyuriasis: Pyrrvinium ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann Mebendazol oder Pyrantel (Kassenrezept) verordnet werden.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| Wirkstoffgruppe                           | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | andere Wurmerkrankungen: Mebendazol oder Pyrantel gemäß Zulassung (Kassenrezept)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Antiallergika<br>(Antihistaminika oral)   | <b>Bilastin</b> (Allegra®)<br><b>Cetirizin</b><br><b>Clemastin</b> (Tavegil®)<br><b>Desloratadin (ap)</b><br><b>Dimetinden</b> (Fenistil®)<br><b>Levocetirizin (ap)</b><br><b>Loratadin</b>                                                                                                                                                     | <b>Desloratadin (rp)</b> (Generika bzw. Aeries®)<br><b>Ebastin</b> (Generika bzw. Ebastel®)<br><b>Fexofenadin</b> (Generika bzw. Telfast®)<br><b>Levocetirizin (rp)</b> (Generika bzw. Xusal Tropfen®)<br><b>Mizolastin</b> (z.B. Mizollen®)<br><b>Rupatadin</b> (Generika bzw. Urtime®)                                                                                                                                                                                              | ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei Insektengiftallergie, schweren rezidivierenden Urtikarien, schwerwiegendem anhaltendem Pruritus oder bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der topische nasale Glukokortikoide nicht ausreichend sind ( <a href="#">AM-RL Anlage I</a> )).<br>rp-Antihistaminika können bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit der ap-Antihistaminika eingesetzt werden (Kassenrezept). Eine sorgfältige Dokumentation ist zu empfehlen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Antiallergika<br>(Antihistaminika okulär) | <b>Azelastin</b><br><b>Ketotifen</b><br><b>Levocabastin</b> (z.B. Livocab®, Levocamed®)<br><b>Olopatadin</b> (Alltrevo®)                                                                                                                                                                                                                        | <b>Emedastin</b> (Emadine®)<br><b>Epinastin</b> (Relestat®)<br><b>Olopatadin</b> (z.B. Opatanol® bzw. Rp-Generika)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Antihistaminika gewechselt werden (Kassenrezept). Eine sorgfältige Dokumentation ist zu empfehlen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Antiallergika<br>(Kortikoide nasal)       | <b>Beclometason (ap)</b> (z.B. Ratioallerg® Heuschnupfenspray)<br><b>Fluticason (ap)</b> (z.B. Otri-Allergie®)<br>Fluticason/Azelastin (ap) (z.B. Nasallegra®)<br><b>Mometason (ap)</b> (z.B. Momeallerg®, Mometahexal® Heuschnupfenspray)<br>Indikation: Saisonale allergische Rhinitis bei Erwachsenen nach der Erstdiagnose durch einen Arzt | <b>Beclometason (rp)</b> (Generika)<br><b>Budesonid</b> (Generika)<br><b>Dexamethason</b> (z.B. Dexa Rhinospray Sine®)<br><b>Flunisolid</b> (Syntaris®)<br><b>Fluticason (rp)</b> (z. B. Avamys®)<br>Fluticason/Azelastin (rp) (z. B. Dymista®, Generika)<br><b>Mometason (rp)</b> (z. B. Generika bzw. Nasonex®)<br><b>Triamcinolon</b> (z. B. Nasacort®, Rhinisan®)<br>Indikation: Saisonale oder perenniale allergische Rhinitis, ggf. Polyposis nasi (sofern Zulassung existiert) | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik (AM-RL Anlage I). Eine solche schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist.<br>rp: Kassenrezept bei saisonaler allergischer Rhinitis im Kindes-/Jugendalter (sofern keine Kontraindikationen vorliegen) sowie bei perenniale Rhinitis und ggf. Polyposis nasi. Bei saisonaler allergischer Rhinitis bei Erwachsenen sind ap-Präparate zu bevorzugen. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf rp-Präparate gewechselt werden. Eine sorgfältige Dokumentation ist zu empfehlen. |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                 | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                      | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antidepressiva  | <b>Johanniskraut (ap)</b> (z. B. Jarsin® 300/450/750 mg, Laif® 612/900 Balance, Neuroplant® aktiv, Neuroplant® 300 mg Novo)<br>Indikation: Leichte depressive Störung | <b>Johanniskraut (rp)</b> (z.B. Jarsin® Rx 300, Laif® 900, Neuroplant®)<br>Indikation: Mittelschwere Depression | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept<br>Einige rp-Präparate sind auch für die leichte depressive Störung zugelassen. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist in dieser Indikation unwirtschaftlich. |

| Wirkstoffgruppe       | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                      | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antidiarrhoika        | <b>Loperamid (ap)</b><br>Indikation: Symptomatische Behandlung von akuten Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht                                                                                               | <b>Loperamid (rp)</b><br>Indikation: Symptomatische Behandlung von Diarrhöen, sofern keine kausale Therapie zur Verfügung steht | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>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 (AM-RL Anlage III). |
| Antimykotika (dermal) | <b>Amorolfin</b><br><b>Bifonazol</b><br><b>Ciclopirox (ap)</b><br><b>Clotrimazol</b><br><b>Econazol</b><br><b>Ketoconazol</b><br><b>Miconazol</b><br><b>Naftifin</b><br><b>Sertaconazol</b><br><b>Terbinafin</b><br><b>Tolnaftat</b> | <b>Ciclopirox (rp)</b>                                                                                                          | rp-Ciclopirox gilt grundsätzlich als unwirtschaftlich, es sei denn, die Therapie mit diesem Wirkstoff wäre bei einem Kind unter 6 Jahren erforderlich (ap-Präparate gibt es gemäß AMVV nur für Erwachsene und Schulkinder).                                                                                                                    |

| Wirkstoffgruppe                                                                                   | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                           | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antimykotika (oral, gegen Mundsoor)                                                               | <b>Miconazol</b> (z.B. Daktar <sup>®</sup> , Infectosoor <sup>®</sup> , Micotar <sup>®</sup> , Mykoderm <sup>®</sup> )<br><b>Nystatin</b> (z.B. Nystatin Mundgel, Moronal <sup>®</sup> Suspension)                                                   | <b>Amphotericin B</b> (Ampho-Moronal <sup>®</sup> Lutschtabletten/ Suspension)                                                                                                                                                                                                                                       | ap-Antimykotika zur Behandlung von Pilzinfektionen in Mund- und Rachenraum sind auf Kassenrezept verordnungsfähig (AM-RL Anlage I). 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) | <b>Clotrimazol (ap)</b> (z.B. Kadefungin <sup>®</sup> 3 Vaginalcreme/-tabletten/ Kombipackung, Fungizid <sup>®</sup> 200 mg Vaginaltabl. 3 St.)                                                                                                      | <b>Clotrimazol (rp)</b> (z.B. Kadefungin <sup>®</sup> 6 Vaginalcreme/-tabletten/Kombipackung)                                                                                                                                                                                                                        | ap-Antimykotika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Wirkstoff- und indikationsgleiche rp-Präparate sollten nur nach äußerst strenger Indikationsstellung verordnet werden!                                                                                                                                                               |
| Antiparasitäre Mittel                                                                             | <b>Permethrin (ap)</b> (z.B. Infectopedicul <sup>®</sup> )<br>Indikation: Kopflausbefall                                                                                                                                                             | <b>Permethrin (rp)</b> (z.B. Infectoscab <sup>®</sup> 5% Creme)<br>Indikation: Scabies                                                                                                                                                                                                                               | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Antivertiginosa                                                                                   | <b>Dimenhydrinat</b> (z. B. Vertigo-Vomex <sup>®</sup> )                                                                                                                                                                                             | <b>Betahistin</b><br><b>Cinnarizin + Dimenhydrinat</b> (z. B. Arlevert <sup>®</sup> )                                                                                                                                                                                                                                | ap-Antivertiginosa sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von rp-Präparaten auf Kassenrezept in Betracht.                                                                                                                                                                       |
| Eisenpräparate                                                                                    | Eisen(II)-Verbindungen wie Eisen(II)-glycinsulfat (z. B. Ferro sanol <sup>®</sup> ), Eisen(II)-sulfat (z.B. Tardyferon <sup>®</sup> ) u.a. Indikation: latenter oder manifester Eisenmangel mit oder ohne Ausbildung einer Anämie, Eisenmangelanämie | Eisen(III)-Verbindungen (Feraccru <sup>®</sup> )<br>Eisenverbindungen zur parenteralen Anwendung, z.B. Eisen(III)-carboxymaltose (Ferinject <sup>®</sup> ), Eisen(III)-Natrium-D-gluconat-Komplex (Ferrlecit <sup>®</sup> )<br>Indikation: Eisenmangelzustände, wenn eine orale Eisensubstitution nicht möglich ist. | Orale Eisenpräparate sind zur Behandlung einer gesicherten Eisenmangelanämie auf Kassenrezept verordnungsfähig. Verschreibungsfreie Eisenpräparate sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots bzw. der Arzneimittel-Richtlinie zu bevorzugen. Erst wenn orale Eisen(II)-Präparate nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung der parenteralen und oralen Eisen(III)-Präparate in Betracht. |
| Keratolytika (Warzenmittel)                                                                       | <b>Salicylsäure</b> (z.B. Clabin <sup>®</sup> , Duofilm <sup>®</sup> , Verrucid <sup>®</sup> )                                                                                                                                                       | <b>Fluorouracil + Salicylsäure</b> (z.B. Verrumal <sup>®</sup> , Verrucutan <sup>®</sup> )                                                                                                                                                                                                                           | ap-Warzenmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept). Erst wenn diese nicht indiziert sind, kommt eine Verordnung von rp-Präparaten auf Kassenrezept in Betracht.                                                                                                                                                                          |

| Wirkstoffgruppe             | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                               | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                           | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laxanzien<br>(Abführmittel) | <b>Bisacodyl</b><br><b>Lactulose</b><br><b>Macrogol</b><br><b>Natriumpicosulfat Sennoside</b><br>und weitere Laxanzien                                              | <b>Methylnaltrexonium bromid</b><br>(Relistor®)<br><b>Naldemedin</b> (Rizmoic®)<br><b>Naloxegol</b> (Moventig®)<br><b>Prucaloprid</b> (Generika bzw. Resolor®)                                                       | ap-Abführmittel sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu bevorzugen (grünes Rezept/Privatrezept); Kassenrezept nur bei Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase (AM-RL Anlage I))<br>rp: Naldemedin, 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-Laxantien keine ausreichende Wirkung erzielen. |
| Mineralstoffpräparate       | <b>Selen (ap)</b> , Dosisstärke: 50 µg<br><b>CAVE:</b> Es gibt zahlreiche auch höher dosierte Nahrungsergänzungsmittel!                                             | <b>Selen (rp)</b> , Dosisstärke: 100 µg, 300 µg                                                                                                                                                                      | In den häufig angefragten Indikationen wie z. B. Hashimoto-Thyreoiditis und Schilddrüsenkarzinom darf Selen (ap, rp) nicht auf Kassenrezept verordnet werden (Off-Label-Einsatz).<br>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).<br>Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht ordnungsfähig.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Protonenpumpenhemmer (PPI)  | <b>Esomeprazol (ap)</b><br><b>Omeprazol (ap)</b><br><b>Pantoprazol (ap)</b><br>Zu 7 oder 14 Stück à 20 mg erhältlich.<br>Indikationen: Sodbrennen, saures Aufstoßen | <b>Dexlansoprazol</b><br><b>Esomeprazol (rp)</b><br><b>Lansoprazol</b><br><b>Omeprazol (rp)</b><br><b>Pantoprazol (rp)</b><br><b>Rabeprazol</b><br>Indikationen: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept<br>NSAR-Prophylaxe: nur bei Risikopatienten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| Wirkstoffgruppe | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                                                                                     | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                                                                                                                                                                                                           | Rezidivprophylaxe), Zollinger-Ellison-Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikationstherapie                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sekretolytika   | <b>Acetylcystein (ACC) (ap)</b><br>Indikation: Erkältungsbedingte Bronchitis                                                                                                                                              | <b>Acetylcystein (ACC) (rp)</b><br>Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleimbildung und -transport einhergehen                                                                                                                                     | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept                                                                                                                                                                                                                  |
| Triptane        | <b>Almotriptan (ap)</b> (Generika bzw. Dolortriptan®)<br><b>Naratriptan (ap)</b> (Generika bzw. Formigran®)<br><b>Sumatriptan 50 mg (ap)</b> (Generika)<br>Jeweils nur in kleiner Packungsgröße (2 Tabletten) erhältlich. | <b>Almotriptan (rp)</b> (Almogran®)<br><b>Eletriptan</b> (Generika bzw. Relpax®)<br><b>Frovatriptan</b> (Alleagro®)<br><b>Naratriptan (rp)</b> (Generika bzw. Naramig®)<br><b>Rizatriptan</b> (Generika bzw. Maxalt®)<br><b>Sumatriptan 50 mg und 100 mg (rp)</b> (Generika bzw. Imigran®)<br><b>Zolmitriptan</b> (Generika bzw. Ascotop®) | Bei chronisch verlaufender Erkrankung mit notwendiger ärztlicher Kontrolle: Kassenrezept über verschreibungspflichtige Präparate.<br>Bei leichten Formen der Migräne mit seltenen Anfällen: grünes Rezept/Privatrezept über apothekenpflichtige Präparate, sofern diese ausreichend wirksam sind. |

| Wirkstoffgruppe      | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                  | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                               | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Virustatika (extern) | <b>Aciclovir (ap)</b><br>Indikation: Herpes labialis<br><br>nur Packungsgrößen bis 2 g | <b>Aciclovir (rp)</b><br>Indikationen: Herpes labialis und Herpes genitalis (Creme), durch Herpes-simplex-Viren hervorgerufene Hornhautentzündung des Auges (Augensalbe) | Auswahl je nach Indikation<br>ap: grünes Rezept/Privatrezept<br>rp: Kassenrezept, jedoch in der Indikation Herpes labialis aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots unwirtschaftlich. |

| Wirkstoffgruppe                  | apothekenpflichtige (ap) Arzneimittel                                                                                                                              | verschreibungspflichtige (rp) Arzneimittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Erläuterung zur Auswahl des richtigen Arzneimittels und der Verordnungsfähigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vitaminpräparate (fettlöslich)   | <p><b>Vitamin D (ap)</b>, z. B. Dekristol® 400 I.E., Vigantol® 1.000 I.E.</p> <p><b>CAVE:</b> Es gibt zahlreiche auch höher dosierte Nahrungsergänzungsmittel!</p> | <p><b>Vitamin D (rp):</b><br/> <b>Dekristol® 20.000 I.E.,</b><br/> <b>Colecalciferol Aristo 20.000 I.E.,</b><br/> <b>und weitere</b><br/> Indikation: Einmalige Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen<br/> <b>Vigantol® Öl 20.000 I.E./ml</b><br/> Indikationen: Vorbeugung gegen Rachitis, Behandlung der Osteoporose, Vorbeugung bei erkennbarem Risiko einer Vitamin-D-Mangelerkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie, Behandlung von Hypoparathyreoidismus</p> | <p>Auswahl je nach Indikation<br/> ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept bei Ausnahmeindikation nach <a href="#">AM-RL Anlage I</a>, z. B. manifester Osteoporose, längerfristiger höherdosierter Steroidtherapie.<br/> rp: Verordnung auf Kassenrezept nur in den genannten zugelassenen Indikationen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (z. B. Notwendigkeit für die Verabreichung in Tropfenform).</p> <p>Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht verordnungsfähig.</p> |
| Vitaminpräparate (wasserlöslich) | <p><b>Medivitan® i.v. (ap)</b><br/> Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure ohne Lidocain</p>                                                                | <p><b>Medivitan® i.m. mit Lidocain (rp)</b><br/> Wirkstoffe: Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure<br/> weiterer Bestandteil: Lidocain</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>ap: grünes Rezept/Privatrezept; Kassenrezept nur bei Dialysepatienten möglich (AM-RL Anlage I).<br/> rp: Formal verordnungsfähig nur bei nachgewiesenem kombiniertem Mangel an Vitamin B6, Vitamin B12 und Folsäure, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann.<br/> Privatverordnung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots empfohlen.</p>                                                                                                                                                         |

Modifiziert nach <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1827>, mit freundlicher Genehmigung der KV Baden-Württemberg und nach <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2023-DS/KVB-VA-231229-WIS-Switching.pdf> mit freundlicher Genehmigung der KV Bayern.

## Patienteninformation zur Entlassung aus der Verschreibungspflicht

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen in Niedersachsen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Sie haben ein Privatrezept oder ein grünes Rezept für ein Arzneimittel erhalten, für das Ihnen früher ein Kassenrezept ausgestellt wurde. Sicherlich fragen Sie sich, warum das so ist. Der Grund dafür liegt in einer Änderung der Verschreibungspflicht.



Wie wird ein Wirkstoff und somit ein Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht entlassen?



Neue Wirkstoffe sind immer zunächst verschreibungspflichtig. Die Entlassung aus der Verschreibungspflicht wird meist vom Hersteller des Arzneimittels initiiert, muss von der zuständigen Behörde geprüft werden und wird dann durch das Bundesgesundheitsministerium beschlossen. Damit ein Wirkstoff rezeptfrei verfügbar sein darf, muss seine Anwendung auch ohne vorherigen ärztlichen Kontakt sicher genug sein. Ein Wirkstoff kann vollständig aus der Verschreibungspflicht entlassen werden oder nur teilweise, z.B. begrenzt auf eine bestimmte Wirkstoffstärke oder Tablettenzahl. Diese Arzneimittel werden dann in der Regel nur für leichtere Erkrankungen oder kurz andauernde Beschwerden eingesetzt. An der Wirksamkeit des Arzneimittels ändert sich selbstverständlich nichts durch die Entlassung aus der Verschreibungspflicht.



Warum habe ich ein Privatrezept bzw. ein grünes Rezept erhalten?



Der in Ihrem Arzneimittel enthaltene Wirkstoff ist (teilweise) aus der Verschreibungspflicht entlassen worden. Ihre Ärztin / Ihr Arzt ist dazu verpflichtet, Sie auf ein nicht-verschreibungspflichtiges Arzneimittel zu verweisen, wenn Ihre Erkrankung damit behandelt werden kann. Seit 2004 sind solche nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel jedoch standardmäßig keine Kassenleistung mehr. Daher stellt Ihre Ärztin / Ihr Arzt Ihnen ein Privatrezept oder ein grünes Rezept aus.



Praxisstempel

Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in diesem Schreiben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

# Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Verbände der gesetzlichen  
Krankenkassen in Niedersachsen



---

## Rezept-Info – Kurzinformation zur Entlassung aus der Verschreibungspflicht

- Es können gleichzeitig apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Arzneimittel mit demselben Wirkstoff auf dem Markt sein.
- Gemäß Arzneimittel-Richtlinie sollen apothekenpflichtige Arzneimittel verordnet werden, wenn diese ausreichend, notwendig und zweckmäßig sind.
- Falls ein Arzneimittel in einer Indikation eingesetzt werden soll, für die das apothekenpflichtige Präparat nicht zugelassen ist, muss auf die verschreibungspflichtige Variante ausgewichen werden.
- Gleiches gilt, wenn apothekenpflichtige Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen.