



---

## Sachstand

---

### **Zu den Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln** Gesetzliche Grundlagen und Zahlen

**Zu den Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln**  
Gesetzliche Grundlagen und Zahlen

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 019/18  
Abschluss der Arbeit: 23. März 2018  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	<b>4</b>
2.1.	Arzneimittel	4
2.2.	Heil- und Hilfsmittel	4
2.3.	Belastungsgrenze	5
2.4.	Besondere Versorgungsformen	5
<b>3.</b>	<b>Zur Höhe der Zuzahlungen</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Zu den wesentlichen Änderungen der Zuzahlungsregelungen</b>	<b>7</b>
4.1.	Gesundheitsreformgesetz und Vorläufer Reichsversicherungsordnung	7
4.2.	Gesundheitsstrukturgesetz	9
4.3.	Gesetzliche Krankenversicherung-Modernisierungsgesetz	9
4.4.	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz	10
4.5.	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	11
4.6.	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	11
<b>5.</b>	<b>Weitere parlamentarische Vorlagen zur Thematik Zuzahlung</b>	<b>11</b>

## 1. Einleitung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es verschiedene Formen der Zuzahlungen, wonach der Versicherte einen Betrag an die abgebende Stelle wie die Apotheke, das Sanitätshaus oder den Physiotherapeuten zahlen muss. Der vorliegende Sachstand befasst sich mit den gesetzlichen Grundlagen der Zuzahlung für verordnete Arznei, Heil- und Hilfsmittel und stellt aktuelle Zahlen zur Höhe der Zuzahlungen vor. Zudem gibt er einen Einblick in die wesentlichen Änderungen der Zuzahlungsregelungen und führt weitere parlamentarische Vorgänge auf.

## 2. Gesetzliche Grundlagen

### 2.1. Arzneimittel

Nach § 31 Absatz 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)<sup>1</sup> zahlen gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren für verordnete Arznei- und Verbandmittel den sich aus § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. § 61 Satz 1 SGB V legt als Höhe der Zuzahlung einen Betrag von zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf bzw. höchstens zehn Euro fest. Nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Arzneimittel von der Zuzahlung befreien, wenn ihr Preis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt und dabei Einsparungen für die Krankenkasse zu erwarten sind.<sup>2</sup> Die Krankenkasse kann bei bestehenden Rabattverträgen für Arzneimittel die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder ganz darauf verzichten (§ 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V).

### 2.2. Heil- und Hilfsmittel

Nach § 32 Absatz 2 Satz 1 SGB V zahlen gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren für Heilmittel den sich aus § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag, nämlich zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung. Nach § 33 Absatz 8 zahlen gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren für Hilfsmittel nach § 61 Satz 1 SGB V zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf bzw. höchstens zehn Euro. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln<sup>3</sup> beträgt zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens zehn Euro für den

---

1 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.

2 Die entsprechende vom GKV-Spitzenverband aufgestellte Befreiungsliste Arzneimittel ist abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/zuzahlungen\\_und\\_befreiungen/befreiungsliste\\_arzneimittel/befreiungsliste\\_arzneimittel.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/zuzahlungen_und_befreiungen/befreiungsliste_arzneimittel/befreiungsliste_arzneimittel.jsp) (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

3 Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind z. B. Einmalwindeln bei Inkontinenz oder Versorgungseinheiten für Stomapatienten; vgl. dazu Nolte in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 97. EL 2017, § 33 SGB V Rn. 75; Wagner in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V, 96. EL, 2017, § 33 Rn. 53.

gesamten Monatsbedarf (vgl. § 33 Absatz 8 Satz 3 SGB V). Verhindert werden sollte so eine finanzielle Überforderung des Versicherten.<sup>4</sup>

### 2.3. Belastungsgrenze

Gemäß § 62 Absatz 1 SGB V haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (zwei Prozent bzw. bei chronisch Kranken ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) zu leisten. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze sind neben den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt die zu berücksichtigenden Angehörigen sowie die im Kalenderjahr entstandenen Zuzahlungen (§ 62 Absatz 2 SGB V). Eine Ermäßigung der Zuzahlungen kann nach § 65a Absatz 1 SGB V von der Krankenkasse auch als Bonus für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden.

### 2.4. Besondere Versorgungsformen

Für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V, der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Erkrankte nach § 137f SGB V oder der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V) müssen die Krankenkassen nach § 53 Absatz 3 Satz 2 SGB V spezielle Tarife anbieten. Die Krankenkassen können auch Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

## 3. Zur Höhe der Zuzahlungen

Die Höhe der Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung (absolut in Euro, je GKV-Mitglied in Euro, je GKV-Versicherten in Euro) aufgegliedert nach verschiedenen Leistungsbereichen und Kassenart ergibt sich im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für das Jahr 2016 aus

### Anlage 1.

Danach betragen die Zuzahlungen bei Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln aus Apotheken insgesamt 2.176.130.888 Euro, während die Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln, Behandlung durch sonstige Heilpersonen mit 789.574.497 Euro deutlich geringer ausfielen. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Kassenarten ist anhand der Höhe je GKV-Mitglied bzw. je GKV-Versicherten möglich.<sup>5</sup> Die Höhe der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln aus Apotheken lag je GKV-Mitglied bei 39,41 Euro. Während die Zuzahlungen in den Ortskrankenkassen (AOK mit 35,62 Euro), den Betriebskrankenkassen (BKK mit 36,37 Euro), den Innungskrankenkassen (IKK mit 38,7 Euro) und dem Verband der Ersatzkassen (VdEK mit 42,73 Euro)

---

4 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Bundestags-Drucksache 15/1525 vom 8. September 2003, S. 85, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

5 Versicherte Familienangehörige sind nicht Mitglied der Krankenversicherung, da von ihnen keine Beiträge erhoben werden; vgl. § 3 SGB V.

---

je Mitglied nicht wesentlich von diesem Durchschnittswert abweichen, lag der jährliche Zuzahlungsbetrag bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK mit 62,32 Euro) und der Knappschaft Bahn-See (KBS mit 55,86 Euro) je GKV-Mitglied deutlich höher. Ein ähnliches Bild ergibt sich beim Vergleich je GKV-Versicherten. Bei den Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel lag der Durchschnittswert je GKV-Mitglied bei 14,3 Euro. In dem Rahmen bewegten sich auch die AOK

(12,61 Euro), die BKK (13,28 Euro) und die KBS (15, 53 Euro). Die IKK wiesen dagegen deutlich weniger, nämlich 6,8 Euro aus, während die LKK (21,84 Euro) und der VdEK (17,52 Euro) deutlich höhere Zuzahlungen zu verzeichnen hatten. Bei der Betrachtung je GKV-Versicherten (Durchschnittswert für Heil- und Hilfsmittel lag bei 11,06 Euro) zeigen sich entsprechende deutliche Abweichungen nach unten bei den IKK (5,19 Euro) bzw. nach oben bei dem VdEK (13,64 Euro) und den LKK (16,51 Euro).

Die Höhe der Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung (absolut in Euro, je GKV-Mitglied in Euro, je GKV-Versicherten in Euro) aufgegliedert nach verschiedenen Leistungsbereichen und Kassenart ergeben sich aus den entsprechenden Übersichten für das Jahr 2015 bzw. für das Jahr 2014 aus den

### **Anlagen 2 und 3.**

Die Zahlen weisen hier ähnliche Verhältnisse wie für das Jahr 2016 auf. Die absoluten Zuzahlungen liegen allerdings jeweils niedriger. So wurden im Jahr 2015 rund 23.000.000 Euro weniger Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken geleistet als im Folgejahr und im Jahr 2014 rund 147.000.000 Euro weniger als im Jahr 2015. Bei den Heil- und Hilfsmitteln, Behandlung durch sonstige Heilpersonen wurden im Jahr 2015 rund 74.000.000 Euro weniger als im Folgejahr und im Jahr 2014 rund 35.000.000 Euro weniger als im Folgejahr ausgegeben.

Für zurückliegende Jahre bis zum Jahr 2005 kann die Höhe der jährlichen Zuzahlungen aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage vom 2. Mai 2017 entnommen werden.<sup>6</sup>

---

6 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Eigenbeteiligungen von gesetzlich Versicherten bei der Krankheitsbehandlung Bundestags-Drucksache 18/12192 vom 2. Mai 2017, S. 4, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/121/1812192.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

#### 4. Zu den wesentlichen Änderungen der Zuzahlungsregelungen

Die Regelungen zur Zuzahlung wurden mehrfach verändert.<sup>7</sup> Nachfolgend werden die gesetzlichen Anfänge sowie die wesentlichen Änderungen dargestellt.

##### 4.1. Gesundheitsreformgesetz und Vorläufer Reichsversicherungsordnung

Mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20. Dezember 1988<sup>8</sup> wurde die gesetzliche Krankenversicherung ab dem 1. Januar 1989 auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt, das SGB V. Die Reichsversicherungsordnung (RVO)<sup>9</sup> wurde im Hinblick auf die Regelungen, die die Krankenversicherung betrafen, größtenteils in das neu geschaffene SGB V überführt. Die §§ 31, 32, 33 sowie 69 (heute § 61) und 70 (heute § 62) SGB V traten mit dem GRG mit Wirkung zum 1. Januar 1989 in Kraft. Danach hatten volljährig Versicherte gemäß § 31 Absatz 3 SGB V für Arznei- und Verbandmittel, für die kein Festbetrag bestimmt war, eine Zuzahlung in Höhe von drei Deutsche Mark je Mittel.<sup>10</sup> Für Heilmittel, für die kein Festbetrag bestimmt war, hatten gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent zu leisten. Eine Zuzahlung für Hilfsmittel war grundsätzlich nicht vorgesehen. Ausgehend von hohen Ausgabensteigerungen, so bei den Heil- und Hilfsmitteln zwischen 1970 und 1986 um das nahezu Elfache und bei den Arzneimitteln um mehr als das Vierfache, beabsichtigte der Gesetzgeber die Senkung der Ausgaben durch Steuerungsmaßnahmen wie der Neuerung der Zuzahlungsregelungen. Zur Zuzahlung der Heilmittel heißt es in der Gesetzesbegründung: „Die Vorschrift [...] sieht allerdings eine Zuzahlung je Mittel (also z. B. für die einzelne Massage, Bestrahlung oder Übung) vor [...]. Sie trägt damit dem Umstand Rechnung, daß der überproportionale Anstieg der Ausgaben für Heilmittel weniger ein Preis- als ein Mengenproblem ist, dem durch eine Erhöhung der Zuzahlung begegnet werden muß.“<sup>11</sup> § 69 SGB V regelte die voll-

- 
- 7 Zu den Änderungen bei den Zuzahlungen für Arzneimittel vgl. Wagner in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V, 96. EL, 2017, § 31 Rn. 1; Nolte in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 97. EL 2017, § 31 Rn. 1; Illing, Falk, Gesundheitspolitik in Deutschland, Eine Chronologie der Gesundheitsreformen in Deutschland, 2017, S. 90, 102, 127, 154. Bei den Heilmitteln wurde insbesondere die Höhe der Zuzahlung mehrfach verändert. Zu den einzelnen Änderungen vgl. Butzer in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Auflage 2017, § 32 Rn. 27. Zu den Änderungen bei den Zuzahlungen für Hilfsmitteln vgl. Nolte in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 97. EL 2017, § 33 Rn. 72.
- 8 BGBl. I S. 2477. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des GRG sind abrufbar unter: <http://pdok.bundestag.de/extrakt/ba/WP11/1181/118187.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 9 Die RVO vom 19. Juli 1911 (RGBl. 1911, S. 509) enthielt das Recht der Arbeiterkrankenversicherung, der Unfallversicherung und der Alters- und Invaliditätsversicherung.
- 10 Nach dem GRG war geplant, dass ab dem 1. Januar 1992 eine Zuzahlung für Arzneimittel in Höhe von 15 Prozent, jedoch höchstens 15 Deutsche Mark, zu leisten sei. Doch dazu kam es wegen weiterer gesetzlicher Änderungen nicht. Vgl. dazu im Einzelnen; Illing, Falk, Gesundheitspolitik in Deutschland, Eine Chronologie der Gesundheitsreformen in Deutschland, 2017, S. 90.
- 11 Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG), Bundestags-Drucksache 11/2237 vom 3. Mai 1988, S. 173, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/022/1102237.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018). Zu den Ausgabensteigerungen vgl. S. 138f der Gesetzesbegründung.

ständige Befreiung von der Zuzahlung bei Arznei- und Heilmitteln im Falle einer unzumutbaren Belastung. Eine unzumutbare Belastung lag beispielsweise vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten zum Lebensunterhalt 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße im Sinne der Sozialversicherungsvorschriften nicht überschritten. § 70 SGB V regelte die teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

Zuvor war eine Beteiligung der Versicherten bereits in § 182a RVO enthalten. Hiernach hatte jeder Versicherte über 16 Jahren eine Verordnungsblattgebühr in Höhe von zuletzt zwei Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel und bei Hilfsmitteln vier Deutsche Mark je Verordnung zu leisten.<sup>12</sup> § 182a RVO enthielt in Satz 2 auch eine Regelung, wonach die Krankenkasse bei längerem Bezugszeitraum den Versicherten bei unzumutbarer Belastung befreien konnte.<sup>13</sup> Die Befreiungsmöglichkeit war als Kann-Regelung ausgestaltet worden. In der Begründung zum Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG) vom 9. September 1981 heißt es hierzu: „Die Unzumutbarkeit richtet sich allein nach den Einkommensverhältnissen des Versicherten und der für ihn durch die Zahlung entstehenden Belastung. Es wird erwartet, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen wieder gemeinsame Richtlinien über die Feststellung der Härtefälle erstellen, damit eine gleichmäßige Behandlung aller Versicherten erreicht wird.“<sup>14</sup> Zuvor war mit dem Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG) vom

27. Juni 1977<sup>15</sup> in § 182a RVO geregelt worden, dass vom Versicherten eine Deutsche Mark bei der Abnahme von Arznei- Verband- und Heilmitteln für jedes verordnete Mittel zu zahlen war.<sup>16</sup>

---

12 Im Gegensatz zur Regelung im Rahmen des GRG, wonach jedes einzelne Hilfsmittel, also z. B. jede einzelne Massage von der Zuzahlung betroffen war, erstreckte sich die einmalige Zuzahlung nach der RVO bei verordneten Hilfsmitteln auf die gesamte Anwendungsreihe

13 Albers in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, § 61 Rn. 7.

14 Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG), Bundestags-Drucksache 9/798 vom 9. September 1981, S. 12, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/09/007/0900798.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

15 BGBl. I S. 1069.

16 Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des KVKG sind abrufbar unter: <http://pdok.bundestag.de/extrakt/ba/WP8/1537/153752.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).



## 4.2. Gesundheitsstrukturgesetz

Während sich im Jahr 1993 die Höhe der Zuzahlung bei Arzneimitteln nach dem Apotheken-Abgabepreis richtete<sup>17</sup>, galt vom 1. Januar 1994 an mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992<sup>18</sup> eine Staffelung nach Packungsgröße. Danach betrug die Zuzahlung für kleine Packungsgrößen drei Deutsche Mark, für mittlere Packungsgrößen fünf Deutsche Mark und für große Packungsgrößen sieben Deutsche Mark. Ausgehend von einem starken Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel sollten strukturverändernde Maßnahmen einer Ausgabendämpfung und einer wirtschaftlichen Verordnungsweise dienen. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Die Regelung schafft einen Anreiz für Versicherte und Ärzte, unnötige Verschreibungsmengen zu vermeiden und der Verschwendung von Arzneimitteln („Arzneimittelmüll“) wirksam entgegenzutreten.<sup>19</sup> Zuzahlungen waren nun auch für die den Festbeträgen unterworfenen Arzneimittel zu leisten.“<sup>20</sup>

## 4.3. Gesetzliche Krankenversicherung-Modernisierungsgesetz

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003<sup>21</sup> wurden die Regelungen zur Zuzahlung grundlegend geändert. Seitdem enthält § 61 SGB V nunmehr die Höhe der Zuzahlungen und nicht mehr wie zuvor Befreiungsregelungen. In der Gesetzesbegründung<sup>22</sup> heißt es allgemein: „Die Zuzahlungsregelungen werden neu gestaltet. [...] Überforderungsregelungen schützen dabei vor unzumutbaren finanziellen Belastungen. Dabei wird auf Familien besonders Rücksicht genommen. Chronisch Kranke werden besonders geschützt.“ Ziel war es, die Zuzahlungs-

- 
- 17 Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1993 galt nach dem Gesundheitsstrukturgesetz folgender Wortlaut des § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V: „Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung bei einem Apothekenabgabepreis  
1. bis 30 Deutsche Mark 3 Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,  
2. über 30 bis 50 Deutsche Mark 5 Deutsche Mark,  
3. über 50 Deutsche Mark 7 Deutsche Mark.“
- 18 BGBl. S. 2266. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes sind abrufbar unter: <http://pdok.bundestag.de/extrakt/ba/WP12/957/95725.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 19 Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), Bundestags-Drucksache 12/3608 vom 5. November 1992, S. 80, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/036/1203608.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 20 Illing, Falk, Gesundheitspolitik in Deutschland, Eine Chronologie der Gesundheitsreformen in Deutschland, 2017, S. 102.
- 21 BGBl. I S. 2190. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des GMG sind abrufbar unter: <http://pdok.bundestag.de/extrakt/ba/WP15/379/37919.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 22 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Bundestags-Drucksache 15/1525 vom 8. September 2003, S. 71, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

regelungen durch Zusammenfassung zu vereinfachen und zur Sicherstellung der sozialen Balance Befreiungs- und Überforderungsregelungen vorzusehen wie die Belastungsobergrenze von zwei Prozent des Bruttoeinkommens bzw. ein Prozent bei chronisch Kranken oder die Berücksichtigung von Freibeträgen für Kinder bei der Höhe des zugrunde gelegten Einkommens (vgl. § 62 SGB V). Die Änderungen in § 31 Absatz 3 ersetzen die bisherigen an der Packungsgröße orientierten und mehrfach geänderten Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel durch eine Zuzahlung von jeweils zehn Prozent, jedoch höchstens zehn und mindestens fünf Euro. Die Höhe der Zuzahlungen für Heilmittel wurde bis zu dem Zeitpunkt ebenso mehrfach verändert. Sie richtet sich seit dem GMG ebenso nach § 61 Satz 2 SGB V und beträgt zehn Prozent der Kosten ohne betragsmäßige Obergrenze, während zuvor 15 Prozent zugezahlt werden mussten. Die vollständige Befreiung von bestimmten Zuzahlungen fiel weg. Für Hilfsmittel wurden bis 31. Dezember 2003 grundsätzlich keine Zuzahlungen erhoben; eine Ausnahme machte die zum 1. Juli 1997 eingeführte Zuzahlung für Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie.<sup>23</sup> Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde auch die Abgabe von Hilfsmitteln von der allgemein eingeführten Zuzahlungspflicht erfasst.<sup>24</sup> Hier ist nunmehr auch § 61 Satz 1 SGB V mit einer Höhe von zehn Prozent anwendbar.

#### 4.4. Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG) vom 26. April 2006<sup>25</sup> wurde zwecks Stärkung des Preiswettbewerbs eine Regelung zur Zuzahlungsfreistellung (§ 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V) eingeführt.<sup>26</sup> Der GKV-Spitzenverband kann seitdem Arzneimittel, deren Preise um mindestens 30 Prozent unterhalb des jeweils gültigen Festbetrags liegen, von der Zuzahlung freistellen, wenn sich hieraus Einsparungen ergeben, die höher sind als der Einnahmeverlust aufgrund der Freistellung von der Zuzahlung.

---

23 Vgl. § 33 Absatz 2 Satz 3 erster Halbsatz SGB V in der Fassung vom 23. Juni 1997 mit Wirkung zum 1. Juli 1997: „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; [...]“ Diese Einfügung erging mit dem Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG), BGBl. I S. 1520.

24 Gerlach in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch SGB V, 06/16, § 33 SGB V Rn. 121; Nolte in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 97. EL 2017, § 33 SGB V Rn. 72. § 33 Absatz 2 Satz 4 erster Halbsatz SGB V in der Fassung vom 14. November 2003 lautete: „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; [...]“

25 BGBl. I S. 984. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des AVWG sind abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP16/45/4515.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

26 Zur Gesetzesbegründung siehe Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, Bundestagsdrucksache 16/194 vom 13. Dezember 2005, S. 6 und 7, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/001/1600194.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

#### 4.5. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – WSG) vom 26. März 2007<sup>27</sup> wurde § 31 Absatz 3 Satz 5 SGB V eingeführt, wonach die Krankenkasse für Arzneimittel, für die eine Rabattvereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben kann, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Sinn und Zweck der Regelung ist laut Gesetzesbegründung<sup>28</sup>, dass die Krankenkasse Anreize schaffen kann, um so Arzneimittel, deren Wirtschaftlichkeit aufgrund von Rabattvereinbarungen gesichert ist, besonders zu berücksichtigen. Zudem wurde geregelt, dass bei Bestehen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V zwischen Krankenkassen und Herstellern von Arzneimitteln, die Apotheke zur vorrangigen Abgabe der rabattierten Arzneimittel verpflichtet ist, sofern der Arzt oder die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses dies nicht ausdrücklich untersagen (§ 129 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. Absatz 5 Satz 1 SGB V).

#### 4.6. Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Letztmals wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2012 mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 22. Dezember 2010<sup>29</sup> § 31 Absatz 3 SGB V geändert. Die in § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V enthaltene Freistellungsregelung wurde dahingehend geändert, dass statt des Apothekeneinkaufspreises einschließlich Mehrwertsteuer nunmehr der Apothekenabgabepreis ausschlaggebend ist.<sup>30</sup>

### 5. Weitere parlamentarische Vorlagen zur Thematik Zuzahlung

In der aktuellen Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage vom Mai 2017 rechtfertigt diese die Notwendigkeit von Zuzahlungen, um so einen Finanzierungsbeitrag zum Schutz der

---

27 BGBl. I S. 378. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des GKV-WSG sind abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP16/72/7246.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

28 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Bundestags-Drucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006, S. 102, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

29 BGBl. I S. 2262. Die Drucksachen sowie der gesamte Vorgangsablauf im Rahmen des AMNOG sind abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP17/288/28830.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

30 In der Begründung heißt es dazu: „In Folge der Umstellung der Großhandelszuschläge in der Arzneimittelpreisverordnung sind die Festbeträge entsprechend umzurechnen. Eine ‚Verzerrung‘ der Zuzahlungsfreistellungsgrenzen durch den Festzuschlag soll jedoch vermieden werden. Künftig sind die Zuzahlungsfreistellungsgrenzen deshalb direkt auf der Grundlage des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers zu berechnen.“ Vgl. hierzu Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Bundestags-Drucksache 17/3698 vom 10. November 2010, S. 49, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/036/1703698.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

Solidargemeinschaft vor Überforderung leisten zu können.<sup>31</sup> Zudem würden auf diesem Wege das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Leistungen und die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Die Belastungsgrenzen sorgten für die soziale Ausgewogenheit und verhinderten, dass Versicherte finanziell überfordert würden und auf medizinische Behandlungen verzichteten.

Schon in zwei früheren Antworten auf Kleine Anfragen betonte die Bundesregierung, dass die Zuzahlungsregelungen als Finanzierungsbeitrag zur Stärkung der Nachhaltigkeit und einer ausgewogenen Lastenverteilung im Gesundheitswesen anzusehen seien.<sup>32</sup> Zudem zeige der internationale Vergleich, dass Zuzahlungen daher in den Gesundheitssystemen aller Industrieländer zum Einsatz kämen. Darüber hinaus müssten im Übrigen die Ausgaben für Zuzahlungen von jährlich mehr als 3 Milliarden Euro bei deren Abschaffung von allen Beitragszahlern aufgebracht werden.

In einer Antwort auf eine weitere Kleine Anfrage hatte sich die Bundesregierung zur durch das AVWG geschaffenen Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für preiswerte Arzneimittel geäußert.<sup>33</sup>

Folgende (abgelehnte<sup>34</sup>) Anträge haben die Abschaffung der Zuzahlungen aus sozialen Gründen, da die Zuzahlungen vor allem Geringverdienende zu stark belasteten und u. U. von Leistungen der GKV ausschlossen, zum Inhalt:

- 
- 31 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Eigenbeteiligungen von gesetzlich Versicherten bei der Krankenbehandlung, Bundestags-Drucksache 18/12192 vom 2. Mai 2017, S. 5, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/121/1812192.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 32 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Berechtigung der übrigen Zuzahlungen nach Abschaffung der Praxisgebühr, Bundestags-Drucksache 17/11925 vom 17. Dezember 2012, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/119/1711925.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018) sowie Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Berechtigung der übrigen Zuzahlungen nach Abschaffung der Praxisgebühr, (Nachfrage zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/11925) Bundestags-Drucksache 17/12659 vom 11. März 2013, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/126/1712659.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 33 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster) sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP, Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG); Bundestags-Drucksache 16/3248 vom 6. November 2006, S. 2 und 3, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/032/1603248.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 34 Gegen die Anträge wurde wiederum angeführt, dass Zuzahlungen den wirtschaftlichen Umgang mit Gesundheitsleistungen förderten.

- Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege<sup>35</sup>
- Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten jetzt abschaffen<sup>36</sup>
- Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten<sup>37</sup>.

Im Rahmen des GKV-WSG wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen aufgefordert, die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkungen zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Bericht bis zum 30. Juni 2007 vorzulegen (§ 62 Absatz 5 SGB V). Nach Vorlage eines ersten Berichts wurde eine Überarbeitung als notwendig erachtet. Diese wurde im Jahr 2011 vorgelegt. Diesen Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hat die Bundesregierung als Unterrichtung vorgelegt.<sup>38</sup> Der Bericht enthält die gesetzlichen Regelungen über die Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen. Auch die Befreiungsmöglichkeiten von der Zuzahlungspflicht werden dargelegt. Das vorhandene Datenmaterial aus den amtlichen Statistiken wurde für die Jahre 2005 bis 2010 aufbereitet und in seiner Entwicklung beschrieben. Zusammenfassend trifft der Bericht folgende Aussagen:

- Die Betrachtung der einzelnen zuzahlungsrelevanten Leistungsbereiche lässt erkennen, dass die Bereiche Ärztliche Behandlung und Arzneimittel mit rund zwei Dritteln zu den Gesamtzuzahlungen beitragen.
- Im Durchschnitt waren ca. 6,981 Millionen Versicherte jährlich nach Erreichen ihrer Belastungsgrenze von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit. Der Anteil der Zuzahlungsbefreiten an den GKV-Versicherten insgesamt belief sich dabei durchschnittlich auf 9,94 Prozent.

- 
- 35 Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege, Bundestags-Drucksache 18/11722 vom 28. März 2017, S. 2 unter Ziffer 5 und S. 3, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/117/1811722.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018). Zum Vorgangsablauf (einschließlich Ablehnung) siehe unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/807/80742.html> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 36 Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten jetzt abschaffen, Bundestags-Drucksache 17/9067 vom 21. März 2012, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709067.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 37 Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge sowie weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten, Bundestags-Drucksache 17/241 vom 15. Dezember 2009, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/002/1700241.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).
- 38 Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht, Bundestags-Drucksache 17/8722 vom 10. Februar 2012, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/087/1708722.pdf> (zuletzt abgerufen am 23. März 2018).

- Das Volumen von Zuzahlungsermäßigungen aufgrund der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen hat im Jahr 2008 seinen Höhepunkt erreicht und ist seitdem rückläufig.
- Zur Frage der Steuerungswirkungen von Zuzahlungen in der GKV konnten den zugrunde gelegten sechs Studien in der Gesamtbetrachtung keine eindeutigen Hinweise auf nachhaltige Steuerungswirkungen der geltenden Zuzahlungsregelungen entnommen werden.

\*\*\*