



Kurzinformation

Erstattung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel stellt der Arzt/die Ärztin ein Rezept aus und der Patient/die Patientin erhält diese in der Apotheke. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt in der Regel die Kosten dafür, der gesetzlich Versicherte trägt einen Teil davon als Zuzahlung¹ mit. Allerdings wird von den Krankenkassen nicht jeder Preis gezahlt.

So gibt es für viele Arzneimittel Obergrenzen in der Erstattung durch die GKV, die sogenannten **Festbeträge** nach § 35 Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)². Festbeträge werden gebildet, wenn mehrere Arzneimittel als vergleichbar eingestuft werden, weil sie denselben oder vergleichbare Wirkstoffe enthalten oder eine therapeutisch vergleichbare Wirkung entfalten.³ Gilt für ein Arzneimittel ein Festbetrag, trägt die Krankenkasse die Kosten (abzüglich der Zuzahlung und von Abschlägen nach den §§ 130, 130a SGB V) grundsätzlich nur bis zur Höhe des Festbetrages (§ 31 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Hält der Versicherte an einem konkreten Arzneimittel mit einem Preis über dem Festbetrag fest, muss er die **Mehrkosten selbst tragen**, und zwar zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung.

-
- 1 Für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel zahlt der Versicherte in der Regel pro Packung zehn Prozent des Verkaufspreises dazu, höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Die Zuzahlung darf dabei nicht mehr betragen als die tatsächlichen Kosten des Mittels (§ 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 SGB Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung). Daneben sind Ausnahmen z. B. für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gesetzlich verankert.
 - 2 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 30 des Gesetzes vom 4. Mai 2021 (BGBl. I S. 882) geändert worden ist.
 - 3 Festbeträge werden in einem zweistufigen Verfahren festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) setzt für jede Festbetragsgruppe einen Festbetrag fest (§ 35 Absatz 1, 3 und 5 SGB V).

Neben der für alle Krankenkassen gleichermaßen geltenden Festbetragsregelung dienen auch die individuell zwischen einer Krankenkasse und einem Pharmahersteller **ausgehandelten Rabattverträge** dazu, den Anstieg der Arzneimittelausgaben zu bremsen.

Im Zusammenhang mit der **Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung** ist zur Abgabe verordneter Arzneimittel an den Versicherten festgelegt:

§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V verpflichtet Apotheker, wirkungsgleiche, aber preisgünstige Arzneimittel – sogenannte Generika⁴ – auszuhändigen, wenn der Arzt statt eines speziellen Arzneimittels nur einen Wirkstoff verschrieben hat (**Aut-idem-Regelung**⁵) oder der Arzt nicht ausdrücklich ausschließt, das verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen. Dabei sind zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern möglicherweise ausgehandelte Preisrabatte in den entsprechenden **Rabattverträgen** zu beachten (§ 129 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit 130a Absatz 8 SGB V). Bei der Abgabe eines Arzneimittels haben die Apotheken ein Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt (§ 129 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Ist ein rabattiertes Arzneimittel bei Vorlage der ärztlichen Verordnung nicht verfügbar, ist die Apotheke unmittelbar zur Abgabe eines lieferbaren wirkstoffgleichen Arzneimittels berechtigt (§ 129 Absatz 4c Satz 1 SGB V).

Nachrangig sind die Apotheken nach § 129 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 8 Halbsatz 2 SGB V verpflichtet, preisgünstige **importierte Arzneimittel** abzugeben. Die konkrete Verfahrensweise einschließlich der Abgaberangfolge (rabattierte Arzneimittel haben Vorrang vor Importen) sind in einem **Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung** nach § 129 Absatz 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) niedergelegt.⁶

Der Versicherte kann nach § 129 Absatz 1 Satz 6 auch ein anderes Arzneimittel wählen, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für einen gleichen Anwendungsbereich zugelassen ist. Er bezahlt das Arzneimittel in der Apotheke und erhält von der Krankenkasse unter Vorlage der Quittung und der ärztlichen Verordnung dafür **Kostenerstattung**.

4 Arzneimittel, die eine wirkstoffgleiche Kopie – auch in Bezug auf die Darreichungsform – eines bereits zugelassenen Referenzarzneimittels sind, werden als Generika bezeichnet. Sie sind in der Regel kostengünstiger. Näheres hierzu siehe Bundesministerium für Gesundheit, Zugang zu Arzneimitteln, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/arznei-heil-und-hilfsmittel/zugang-zu-arzneimitteln.html> (zuletzt abgerufen am 20. Mai 2021).

5 Auf einem Rezept für Arzneimittel befinden sich in dem Feld, in dem der Arzt das verordnete Arzneimittel einträgt, kleine Kästchen mit den Worten „aut idem“. Der Arzt erlaubt dem Apotheker durch die Wörter „aut idem“, die lateinisch „oder das Gleiche“ bedeuten, das namentlich verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen.

6 GKV Spitzenverband, Rahmenverträge zur Arzneimittelversorgung, abrufbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/rahmenvertraege/rahmenvertraege.jsp> sowie zu einer Vorgängererfassung des Rahmenvertrages: Deutsches Apothekenportal (DAP), abrufbar unter: https://www.deutschesapothekenportal.de/fileadmin/user_upload/download/dialog/schwerpunktthemen/dap_dialog_50_schwerpunktthema.pdf.

Dabei ist die Kostenerstattung auf die Höhe der Vergütung begrenzt, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, so dass der **Versicherte die Mehrkosten selbst zu tragen hat** (§ 13 Absatz 2 Satz 8 SGB V). Die Krankenkasse macht den entgangenen Rabatt nach § 130a Absatz 8 SGB V, da er regelmäßig der vertraglichen Geheimhaltung unterliegt, sowie die Mehrkosten pauschaliert geltend (§ 13 Absatz 2 Satz 11 SGB V).⁷

⁷ Axer, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Auflage 2020, § 129 Rn. 24. Zu den Einzelheiten der Berechnung siehe auch § 13 Absatz 2 Satz 10 und 11 SGB V.