

Lernbrief

Anträge auf Arznei-/ Verbandmittel bearbeiten

4.18
Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Sylvia Wiedemann, Tel.: 030 34646-2345

Druck und Vertrieb durch

Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	2
2 Lernziele	3
3 Arznei- und Verbandmittel	3
4 Anspruch auf Arzneimittel	5
4.1 Leistungsumfang	5
4.1.1 Ausgeschlossene Arzneimittel	6
4.1.2 Medikationsplan	8
4.2 Festbeträge	9
4.3 Nutzenbewertung von Arzneimitteln	9
4.4 Zuzahlung	10
5 Arzneimittelrabattverträge	13
6 Arzneimittel besonderer Therapierichtung als Einzelfallentscheidung (Off-Label-Use)	16
7 Zusatzversicherung	18
8 Zusammenfassende Selbstkontrolle	18
9 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	20



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit Arznei- und Verbandmittel auseinander. Die Aufgabe für alle AOK-Mitarbeitenden ist es, den Privatkunden die Arznei- und Verbandmittel kundenorientiert, unbürokratisch, marktgerecht anzubieten und die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten. Die Inhalte des Teilprozesses 6.5 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

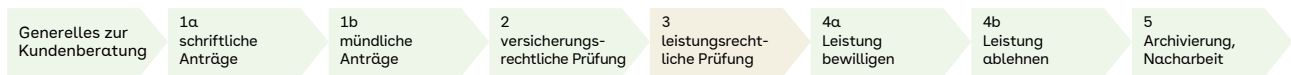
Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Prüfungshinweis

Die Kapitel 3 bis 4 dieses Lernbriefs sind bereits für die Zwischenprüfung relevant.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die Kunden über Arzneimittel zu beraten
- die schriftlichen oder mündlichen Anträge zu bearbeiten
- die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Arzneimittel im Beratungsgespräch umsetzen zu können
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Arzneimittel kennen und den Kunden unbürokratisch zur Verfügung stellen können
- den Mehrwert der AOK aktiv zu verkaufen
- die Ablehnung der Arzneimittel begründen und evtl. Alternativen anbieten
- die Unternehmensziele der AOK bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen
- bei der Leistungsgewährung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen zu balancieren und abzuwägen

3 Arznei- und Verbandmittel

3 leistungsrechtliche Prüfung

Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2023 über 48,35 Mrd. € für Arzneimittel und Impfstoffe ausgegeben. Über 421.303 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte verordnen etwa 737,3 Mio. Arzneimittelpackungen, die über 17.571 (Versand-)Apotheken an 74,256 Mio. Versicherte ausliefern und mit rund 94 Krankenkassen (Stand: 1/2025) abrechnen.

Jahr für Jahr steigen die Ausgaben für Arzneimittel stärker als die Einnahmen der Krankenkassen.

Diese Entwicklung kann und darf auch solange nicht verwundern, als die Krankenkassen zunächst jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel, das nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes zugelassen und verkehrsfähig ist, zu dem Preis erstatten müssen, den der Hersteller dieses Arzneimittels selbst bestimmen darf.

Die Ausgabenentwicklung wird zunehmend geprägt durch die Verordnung neuer patentgeschützter und überwiegend sehr teurer Arzneimittel (sogenannte Strukturkomponente).

Neben den Arzneimitteln gibt es noch Verbandmittel sowie Harn- und Blutteststreifen.

Da diese Mittel unterschiedlich wirken, unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen und Zuzahlungsbeträge haben, ist die genaue Abgrenzung wichtig.

• Arzneimittel

sind Mittel, die durch Einnehmen, Einspritzen, Einreiben oder Einatmen überwiegend von innen auf den Körper einwirken (z.B. Tabletten, Flüssigkeiten, Salben, Aerosole).

4.18 · Anträge auf Arznei-/Verbandmittel bearbeiten



§ 31 Abs. 1a
Satz 1 SGB V

· Verbandmittel

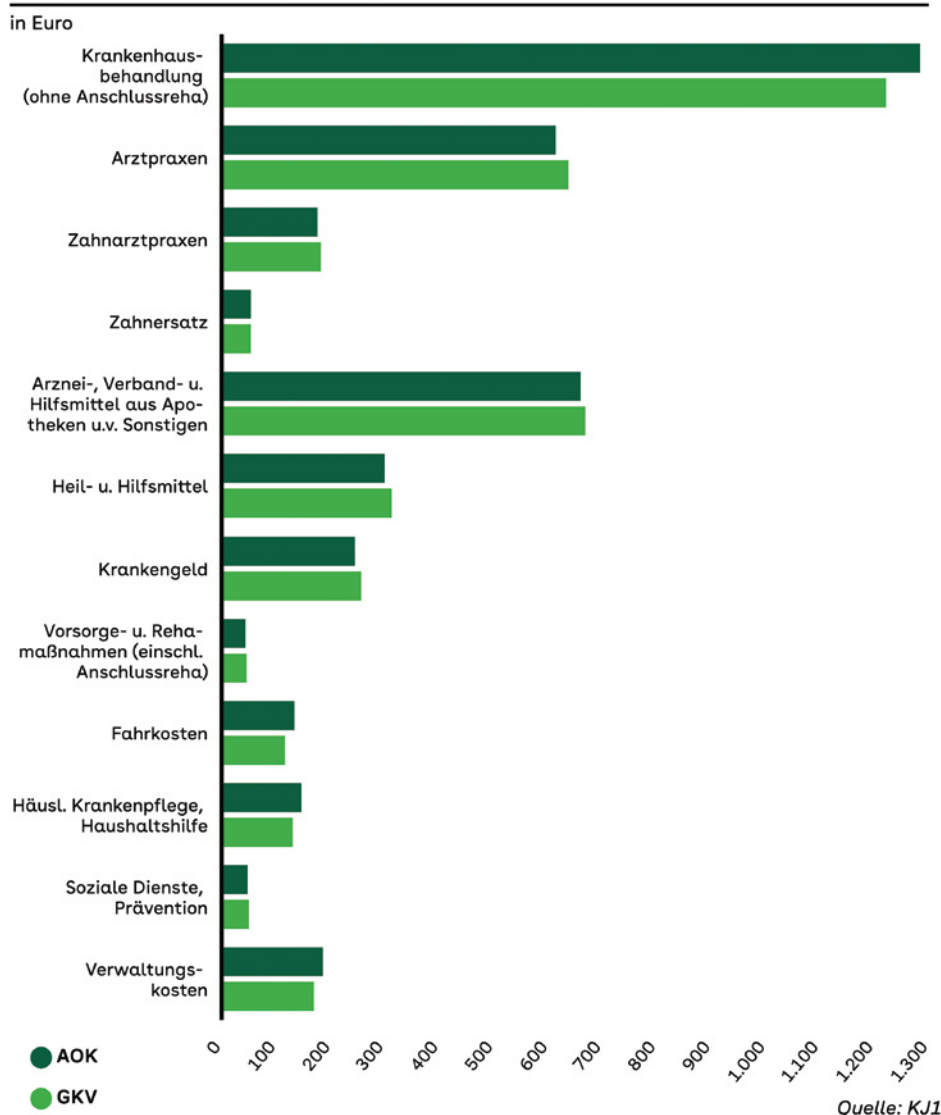
sind Produkte aus textilem oder ähnlichem Material, deren Hauptwirkung darin besteht, Wunden zu bedecken oder Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen (z.B. Blutungen zu stillen, Wunden zu reinigen oder vor äußeren Einflüssen zu schützen, heilungsförderndes Mikroklima zu schaffen und/oder zu be-

wahren und/oder wiederherzustellen, Arzneimittel zu verabreichen oder Schmerzen zu verhindern/lindern).

· Harn- und Blutteststreifen

enthalten chemisch-physikalisch wirkende Substanzen, die beim Vermischen mit Harn oder Blut bestimmte Körperzustände anzeigen (z.B. Blutzuckergehalt).

Ausgabenverteilung 2023 je Versicherten, AOK und GKV





4 Anspruch auf Arzneimittel

1b
mündliche
Anträge

Lernbeispiel 1

Ihr Kunde Harald Schäffer (geb. 30. 12. 1970) möchte sich immer genau informieren und kommt deshalb heute zu Ihnen. Seine Hausärztin hat ihm wegen akuter Bronchitis und Fieber folgende Medikamente verordnet:

- Antibiotikum „Cefuroxim AL 250, zwölf Tabletten (PZN 00271302) – apothekenpflichtig, verschreibungspflichtig, Apothekenabgabepreis inkl. MwSt. 15,21 €, Festbetrag 18,31 €
- Schmerzmittel „Paracetamol 500 mg“, 20 Brausetabletten (PZN 08704083) – apothekenpflichtig, nicht verschreibungspflichtig, Apothekenabgabepreis inkl. MwSt. 9,67 €, Festbetrag 4,39 €

Harald Schäffer möchte etwas gegen zukünftige Erkrankungen tun und hat sich in der Drogerie für 29,79 € 120 Vitamin C- und Zink-Tabletten (Nahrungsergänzungsmittel zur Unterstützung der körpereigenen Abwehrkräfte) geholt.

Außerdem möchte er mit dem Rauchen aufhören und hat mit seinem Arzt über die Verordnung von „Nico-rette®“ (Spray als Nikotinersatzprodukt) gesprochen. Das Spray kostet in der Apotheke 42,19 €.

Die Krankenbehandlung umfasst auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.

Die Arzneimittelverordnung auf dem rosa Rezept wurde mittlerweile durch das elektronische Rezept (auch als E-Rezept bekannt) ersetzt. D. h., die behandelnden Ärzte speichern die verschreibungspflichtigen Arzneimittel verschlüsselt auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder drucken den Rezeptcode auf Papier aus. In der Apotheke können die Versicherten die Verordnung über den Rezeptcode (Vorlage der eGK oder Papier) einlösen.

3
leistungsrechtliche
Prüfung

§ 27 Abs. 1
Satz 2 Nr. 3,
§ 31 Abs. 1
Satz 1 SGB V

§ 360 SGB V

4.1 Leistungsumfang

Die AOK darf ausschließlich Kosten für apothekenpflichtige Arzneimittel übernehmen. Die Versorgung umfasst keine Mittel, die aus Drogerien, Reformhäusern oder Supermärkten bezogen werden können.

Die AOK übernimmt auch Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung, die ausnahmsweise als Arzneimittel bei bestimmten Erkrankungen (z.B. bei rapidem Gewichtsverlust infolge einer Krebserkrankung) oder Mangelzuständen notwendig sind. Hierbei handelt es sich um Produkte, die zur Erhaltung der lebenswichtigen Funktionen und Ernährung zwingend notwendig sind. Wiederum bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss, unter welchen Voraussetzungen diese Arzneimittel übernommen werden.

3
leistungsrechtliche
Prüfung

§ 31 Abs. 5
SGB V



§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V, § 8 Abs. 2, 3, § 11 Abs. 1 Satz 1 AM-RL

Eine weitere Voraussetzung für die Kostenübernahme von Arzneimitteln ist, dass sie in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind und sich der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin von dem Zustand der versicherten Person überzeugt hat.

§ 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V, § 16 AM-RL, Anlage I AM-RL

Außerdem kann der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin vor der Verordnung eingeschränkte oder ausgeschlossene Arzneimittel ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen.

§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 73 Abs. 5 SGB V

Die Apotheken sind zur Abgabe eines preisgünstigeren, wirkstoffgleichen und therapeutisch gleichwertigen Arzneimittels an die Kunden verpflichtet, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin selbst ein preisgünstiges Arzneimittel verschreibt oder dies auf dem Rezept ausdrücklich durch das Ankreuzen des „aut idem“-Feldes ausschließt. „Aut idem“ (lateinisch) bedeutet „oder das Gleiche“.

4.1.1 Ausgeschlossene Arzneimittel

Um beurteilen zu können, ob ein Arzneimittel zulasten der AOK verordnet werden kann, benötigen wir also Angaben darüber, ob es ggf. ausgeschlossen ist.

§ 34 Abs. 1 Satz 1 – 4 SGB V, AM-RL Anlage I Nr. 2

Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung ausgeschlossen und nur noch verordnungsfähig, wenn sie nach den Arzneimittel-Richtlinien (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard medizinisch notwendig sind (z.B. Acetylsalicylsäure nach Herzinfarkt oder Schlaganfall). In den

Arzneimittel-Richtlinien können Sie die schwerwiegenden Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung nachlesen.

Dieser Ausschluss gilt allerdings nicht für versicherte Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind darüber hinaus verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den folgenden Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

- zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der anzuwendenden Schnupfenmittel (z.B. Nasenspray oder -tropfen), Schmerzmittel, hustendämpfenden und -lösenden Mittel
- Mund- und Rachentherapeutika (z.B. Spüllösungen oder Lutschtabletten), ausgenommen bei Pilzinfektionen
- Abführmittel
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit (z.B. Reisekaugummis)

Ob solche geringfügigen Gesundheitsstörungen vorliegen, entscheidet der Arzt oder die Ärztin vor Ausstellen der Verordnung des Mittels. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin muss auch beurteilen, ob es sich um eine harmlose Erkältung handelt, die mit Hausmitteln oder einfachen Medikamenten behandelt werden kann, oder um eine fieberhafte Infektion, die nicht unter diese Regelung fällt.

Bei Abführmitteln gibt es noch eine Sonderregelung: Sind sie wegen einer schwerwiegenden Grunderkrankung

§ 34 Abs. 1 Satz 5 SGB V

§ 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V



(z.B. Darmkrebs, Darmlähmung) oder vor diagnostischen Eingriffen notwendig, sind sie kein Bagatell-Arzneimittel mehr und können auf Kassenrezept verordnet werden.

Der Ausschluss der Bagatell-Arzneimittel gilt auch nicht für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für diese Kundengruppen können die Arzneimittel ebenfalls ärztlich auf Kassenrezept verordnet werden.

Wünscht ein Kunde bzw. eine Kundin bei leichteren Erkrankungen und geringfügigen Gesundheitsstörungen Arzneimittel, die nicht ärztlich verordnet werden dürfen, möchte er möglicherweise Tipps für den Medikamenteneinkauf haben. Die bekommt er natürlich vor allem in der Apotheke, aber darüber hinaus sind unter Umständen auch traditionelle Hausmittel für die Behandlung und Selbstmedikation geeignet.

§ 34 Abs. 1
Satz 7, 8
SGB V

Es sind außerdem solche Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Das sind insbesondere Arzneimittel zur

- Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz,
- Raucherentwöhnung,
- Abmagerung, Appetitzügelung oder Regulierung des Körpergewichts und
- Verbesserung des Haarwuchses.

Es handelt sich hierbei um Arzneimittel, die nicht bzw. nicht nur zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden oder um Befunde, deren Behandlung nicht medizinisch notwendig ist (z.B. altersbedingter Haarausfall).

Merke

Die AOK-Kunden haben grundsätzlich Anspruch auf ärztlich verordnete, medizinisch notwendige, apothekenpflichtige Arzneimittel.

Eine Kostenübernahme ist bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht möglich.

Eine Ausnahme gilt für

- Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr bzw. bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und
- für Arzneimittel, die bei Behandlung von schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten.

Außerdem ist eine Kostenübernahme nicht möglich

- für verschreibungspflichtige Arzneimittel ab Vollendung des 18. Lebensjahrs bei sog. Bagatellerkrankungen (Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten, Reisekrankheit etc.) sowie
- von Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität, insbesondere zur Erhöhung der sexuellen Potenz, der Raucherentwöhnung, gegen Haarausfall, usw.



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 5

Prüfen Sie die Anspruchsvoraussetzungen auf die verordneten Arzneimittel.

- Harald Schäffer ist AOK-versichert und 54 Jahre alt.
- Seine Hausärztin verordnet ihm wegen akuter Bronchitis und Fieber die Arzneimittel
 - Antibiotikum „Cefuroxim AL 250“ und
 - Schmerzmittel „Paracetamol 500 mg“.
- Beide Medikamente sind apothekenpflichtig.
- Das Antibiotikum „Cefuroxim AL 250“ ist verschreibungspflichtig.
- Das Schmerzmittel „Paracetamol 500 mg“ ist nicht verschreibungspflichtig.

Harald Schäffer hat Anspruch auf das verschreibungspflichtige Antibiotikum „Cefuroxim AL 250“.

Er hat keinen Anspruch auf das nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel „Paracetamol 500 mg“.

Können die Kosten der Vitamin C- und Zinktabletten erstattet werden?

- Die Vitamin C- und Zinktabletten sind nicht apothekenpflichtig.

Er hat keinen Anspruch auf die nicht apothekenpflichtigen Vitamin C- und Zinktabletten.

Kann das Nikotinersatzprodukt „Nicorette®“ zulasten der AOK verordnet werden?

- Raucherentwöhnungsprodukte sind ausgeschlossene Arzneimittel.

Er hat keinen Anspruch auf das Raucherentwöhnungsprodukt „Nicorette®“.

Harald Schäffer hat die Kosten für die Vitamin C- und Zinktabletten sowie für das Raucherentwöhnungsspray und für das Schmerzmittel im vollen Umfang selbst zu tragen.

4.1.2 Medikationsplan

Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben Anspruch auf Erstellung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform (oder digital) durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.

In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

- alle Arzneimittel, die der versicherten Person verordnet worden sind,
- Arzneimittel, die die versicherte Person ohne Verschreibung anwendet sowie
- Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation relevant sind.

Der Arzt bzw. die Ärztin hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald sich die Medikation ändert oder nach Kenntnisnahme davon, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Auf Wunsch der Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 31a SGB V

4a
Leistung bewilligen

4b
Leistung ablehnen



§ 291 Abs. 2,
§ 334 Abs. 1
Satz 2 Nr. 4,
§ 358 Abs. 2
SGB V

Der Medikationsplan kann auch auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. Die Speicherung der Daten ist freiwillig und mit einer persönlichen Geheimzahl (PIN) entscheidet der Kunde bzw. die Kundin, welcher Leistungserbringer Zugriff haben darf.

4.2 Festbeträge

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 35 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können (unter der Voraussetzung, dass für die Therapie eine hinreichende Arzneimittelauswahl besteht). Dabei sind verschiedene Arzneimittel in Gruppen zusammenzufassen. Diese Richtlinien sind in Kraft, aber im SGB KV nicht abgedruckt.

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) setzt gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag fest. Ein Festbetrag soll für Arzneimittel mit

- denselben Wirkstoffen,
- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere chemisch verwandten Stoffen sowie
- therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere bei Arzneimittelkombinationen,

festgesetzt werden.

§ 31 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Die AOK übernimmt die Kosten für das Arzneimittel bis zum Festbetrag. Die Mehrkosten hat die Kundschaft zu tragen.

Welchen Zweck verfolgen die Festbetragsregelungen? Kunden sollen ihr Kostenbewusstsein stärken. Außerdem soll der Wettbewerb in der Pharmaindustrie verstärkt werden,

damit vermehrt kostengünstige Arzneimittel angeboten werden und so Kunden und AOK von Arzneimittelkosten entlastet werden.

Merke

Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag festgesetzt, ist dieser die Preisobergrenze, bis zu der die AOK die Kosten übernimmt.

Fortsetzung des Lernbeispiels 1 von Seite 5

Harald Schäffer erkundigt sich, in welcher Höhe die Arzneimittelkosten übernommen werden.

- Das Antibiotikum „Cefuroxim AL 250“ kostet 15,21 €.
- Der Festbetrag für dieses Arzneimittel beträgt 18,31 €.

4.3 Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort nach Markteintritt eine („frühe“) Nutzenbewertung durchzuführen. Deren Ergebnis ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet anhand von vorgelegten Informationen des Herstellers, spätestens zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrsbringens sowie vier Wochen nach Zulassung neuer Anwendungsgebiete, ob ein gegebenenfalls behaupteter Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie anerkannt wird.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 35a SGB V



Der Gemeinsame Bundesausschuss kann mit der Nutzenbewertung das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder Dritte beauftragen.

Das Ergebnis der Nutzenbewertung wird im Internet veröffentlicht und die Beteiligten können zum Ergebnis Stellung nehmen. Nach drei Monaten trifft der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss mit Aussagen über

- das Ausmaß des Zusatznutzens,
- die zur Behandlung in Frage kommenden Patientengruppen,
- Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und
- die Therapiekosten des Arzneimittels.

Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet damit auch über das weitere Verfahren zur Preisfindung für das neue Medikament:

- Bei Arzneimitteln mit erwiesenem Zusatznutzen verhandeln der GKV-Spitzenverband und das jeweilige pharmazeutische Unternehmen innerhalb von sechs Monaten einen Erstattungsbetrag für die GKV als Rabatt auf den ursprünglichen, durch das Unternehmen selbst festgelegten Abgabepreis. Kommt es zu keiner Einigung in der Verhandlung, setzt eine Schiedskommission den Erstattungsbetrag fest. Maßstab soll dabei das europäische Preisniveau sein.
- Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (vorzugsweise einer Therapie, für die Endpunktstudien vorliegen und die sich in der praktischen Anwendung bewährt hat) keinen Zusatznutzen aufweist, wird es nach Markteinführung innerhalb von sechs Monaten in das Festbetragssystem überführt.

§ 35a Abs. 4 SGB V

Wenn ein Arzneimittel ohne Zusatznutzen keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten jedoch nicht höher sind als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Nach abgeschlossener früher Nutzenbewertung kann bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen die Kosten-Nutzen-Bewertung zur Orientierung bei der Preisfindung eingesetzt werden. Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen und setzt dabei den therapeutischen Zusatznutzen zu den Kosten ins Verhältnis.

§ 130b Abs. 3 SGB V

§ 35b SGB V

4.4 Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem Arznei- bzw. Verbandmittel eine Zuzahlung.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 31 Abs. 3 SGB V

Die Zuzahlungsverpflichtung besteht also nur für erwachsene Kunden. Kinder und Jugendliche sind hiervon ausgenommen. Auch Erwachsene brauchen keine Zuzahlung zu leisten, wenn sie dadurch unzumutbar belastet würden. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“.

§ 62 SGB V

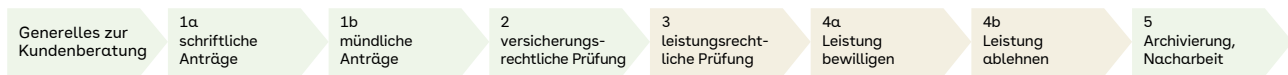
Die Apotheke zieht die Zuzahlung vom Kunden bzw. von der Kundin ein und verrechnet sie mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der AOK.

Die Zuzahlung muss gegenüber dem Versicherten kostenfrei quittiert werden.

§ 61 Satz 4 SGB V

Kunden leisten für jedes abgegebene Arzneimittel zulasten der AOK an die abgebende Apotheke eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €.

§ 31 Abs. 3 Satz 1, § 61 Satz 1 SGB V



Die Zuzahlung darf allerdings die Kosten des Mittels nicht übersteigen.

§ 31 Abs. 3 Satz 2 SGB V, GR v. 26. 11. 2003
zu § 31 SGB V, Ziff. 2

Harn- und Blutteststreifen sind von der Zuzahlung ausgenommen. Liegt der Festbetrag unterhalb des Apothekenabgabepreises, ist der Festbetrag für die Ermittlung der Zuzahlung maßgebend.

§ 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V

Die Kunden müssen für besonders preisgünstige Medikamente keine Zuzahlung leisten und können so Geld sparen. Das gilt zum Beispiel für manche Antibiotika, Cortisonpräparate, Schmerzmittel und weitere Medikamente, für die der Hersteller besonders günstige Preise (Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne MwSt. mindestens um 20 % niedriger als der jeweils gültige Festbetrag) festgelegt hat. Für diese Medikamente entfällt dann die bisherige Zuzahlung der Patienten von mindestens 5 €. Eine aktuelle Liste der zuzahlungsfreien Arzneimittel (vgl. Auszug auf der nächsten Seite und im Internet unter www.GKV-Spitzenverband.de).

Die Zuzahlungsverpflichtung gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 34 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind. Das ist folgerichtig, denn für ein ausgeschlossenes Mittel darf die AOK keine Kosten übernehmen. Der Kunde oder die Kundin trägt die Gesamtkosten selbst und wird insoweit nicht mit der Zuzahlung im Sinne des § 31 Abs. 3 SGB V belastet.

GR v. 09. 10. 2002 i.d.F.v. 22. 09. 2008, Ziff. II Pkt. 4

Übrigens, für die Erbringung von Arzneimitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Arzneimittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

Merke

Kunden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten des Arznei- oder Verbandmittels eine Zuzahlung. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem Abgabepreis. Sie beträgt 10 % des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 €, höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 9

Beraten Sie Harald Schäffer im Hinblick auf seine Fragen. Gehen Sie auf alle sachlichen Aspekte ein.

- Das Antibiotikum „Cefuroxim 250 AL 250“ kostet 15,21 €; der Festbetrag beträgt 18,31 €.
- Das Arzneimittel ist in der Liste „Zuzahlungsbefreiter Arzneimittel nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V“, Stand 15. 05. 2024 genannt.

Harald Schäffer hat keine Zuzahlung zu leisten. Es werden die Arzneimittelkosten in Höhe von 15,21 € übernommen.

- Die Kosten für
 - das nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel „Paracetamol 500 mg“,
 - die nicht apothekenpflichtigen Vitamin C- und Zinktabletten und
 - das Raucherentwöhnungsspray „Nicorette®“.

trägt Harald Schäffer komplett selbst.

4a
Leistung
bewilligen

4b
Leistung
ablehnen



**– Auszug – Zuzahlungsbefreite Arzneimittel nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V
Produktstand 15. 04. 2025 – sortiert nach Arzneimittelname**

Arzneimittelname	PZN	Pharmazeutischer Unternehmer	Wirkstoff(e)	Wirkstärke(n)	Packungsgröße	Darreichungsform	Apothekenverkaufspreis incl. MwSt.
...
CEFUROX BASICS 250MG TABL	02241587	BASICS GMBH	Cefuroxim axetil	300,71 mg	12 St.	Tabletten	15,32
CEFUROX BASICS 250MG TABL	02241593	BASICS GMBH	Cefuroxim axetil	300,71 mg	24 St.	Tabletten	18,33
CEFUROX BASICS 500MG TABL	02242049	BASICS GMBH	Cefuroxim axetil	601,43 mg	12 St.	Tabletten	18,42
CEFUROX BASICS 500MG TABL	02242061	BASICS GMBH	Cefuroxim axetil	601,43 mg	24 St.	Tabletten	24,97
...
CEFUROXIM AL 250	00271302	ALUID PHARMA GMBH	Cefuroxim axetil	300,71 mg	12 St.	Tabletten	15,21
...
Cefuroxim PUREN 250MG	12584785	Puren Pharma GmbH & Co. KG	Cefuroxim axetil	300,71 mg	12 St.	Filmdabletten	15,21
...
SIMVA ARISTO 20MG	09900716	Aristo Pharma GmbH	Simvastatin	20 mg	50 St.	Filmdabletten	12,72
SIMVA ARISTO 20MG	09900751	Aristo Pharma GmbH	Simvastatin	40 mg	50 St.	Filmdabletten	18,59
...
...

Auszug Seite 58 – 62 bzw. 351 von 408



5 Arzneimittelrabattverträge

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 130a Abs. 8
SGB V

Die Arzneimittelrabattverträge beinhalten Preisnachlässe für verschiedene Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen. Durch die Rabatte werden die Wirkstoffe zum günstigsten Marktpreis für die AOK verfügbar. Die AOKs haben verschiedene Arzneimittelrabattverträge abgeschlossen, z.B.

- Originalverträge mit Rabattvereinbarungen über patentgeschützte Arzneimittel,
- Insulinverträge (mit Herstellern des kurzwirksamen Insulin-Analoga, um die Kosten auf das Niveau von Humaninsulin zu senken) und
- Wirkstoffverträge.

Die Wirkstoffverträge sind die bekanntesten Rabattverträge. Die AOK-Gemeinschaft hat mit den sog. Wirkstoffverträgen bundesweit geltende Arzneimittelrabatte vereinbart.

Aktuelle Informationen erhalten Sie unter www.aok.de/gp

Es existieren Verträge für:

- 101 Wirkstoffe/Wirkstoffkombinationen geltend vom 01. 02. 2024 bis 31. 01. 2026
- 119 Wirkstoffe/Wirkstoffkombinationen geltend vom 01. 06. 2023 bis 31. 05. 2025
- 50 Wirkstoffe/Wirkstoffkombinationen geltend vom 01. 10. 24 bis 30. 09. 2026

Der AOK-Bundesverband aktualisiert die AOK-Rabattdaten.

Die AOK schreibt die jeweiligen Rabattverträge europaweit aus. Die Verträge werden jeweils für zwei Jahre geschlossen, dies garantiert den Kunden jeweils Produktkontinuität.

Die Verträge werden rechtzeitig geschlossen, damit der Hersteller seine Produktion anpassen kann und es zu keinen Lieferschwierigkeiten beim Start der Rabattverträge kommt. Falls das Medikament trotzdem nicht lieferbar ist, gibt der Apotheker ein vergleichbares, generisches Medikament ab (gleicher Wirkstoff, gleiche Dosierung, gleiche Darreichungsform, gleiche Packungsgröße).

Die Apotheken haben bei bestehenden Rabattverträgen das verordnete Arzneimittel durch das Rabattarzneimittel zu ersetzen.

Die Kunden können ein anderes Medikament als das Rabattarzneimittel wählen, wenn

- der Arzt bzw. die Ärztin dem Austausch zustimmt,
- Wirkstoff und Wirkstoffverstärker übereinstimmen,
- es für ein identisches Anwendungsgebiet zugelassen sowie
- Darreichungsform und Packungsgröße austauschbar sind.

Das Alternativ-Medikament erhalten die Kunden nur auf dem Weg der Kostenerstattung. Das Medikament ist in der Apotheke von den Kunden selbst zu zahlen und kann danach zur Kostenerstattung bei der AOK eingereicht werden. Der Auszahlungsbetrag ist um die Kosten der Zuzahlung, Abschläge, Rabatte sowie um den Verwaltungskostenabschlag zu reduzieren und sollen pauschaliert sein. Die AOK benötigt für die Erstattung eine Quittung der Apotheke mit exakten Namen des Medikaments, den Rechnungsbetrag, das Abgabedatum, den Namen der Apotheke und des Patienten bzw. der Patientin sowie eine Kopie des Rezepts.

§ 129 Abs. 1
Satz 3 – 5
SGB V

§ 31 Abs. 2
Satz 2 SGB V

§ 13 Abs. 2
Satz 11 SGB V

4.18 · Anträge auf Arznei-/Verbandmittel bearbeiten



§ 73 Abs. 5
SGB V

Bei Unverträglichkeit kann der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin den Austausch des Präparates ausschließen, indem auf der Arzneimittelverordnung das „aut idem“-Feld angekreuzt wird.



Die Krankenkassen können für andere Arzneimittel, für die eine Arzneimittelrabattvereinbarung besteht, die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben. Erkundigen Sie sich in der AOK-Praxis, ob ihre Kunden bei den Rabatt-Arzneimitteln keine Zuzahlung leisten müssen.

§ 31 Abs. 3
Satz 5 SGB V

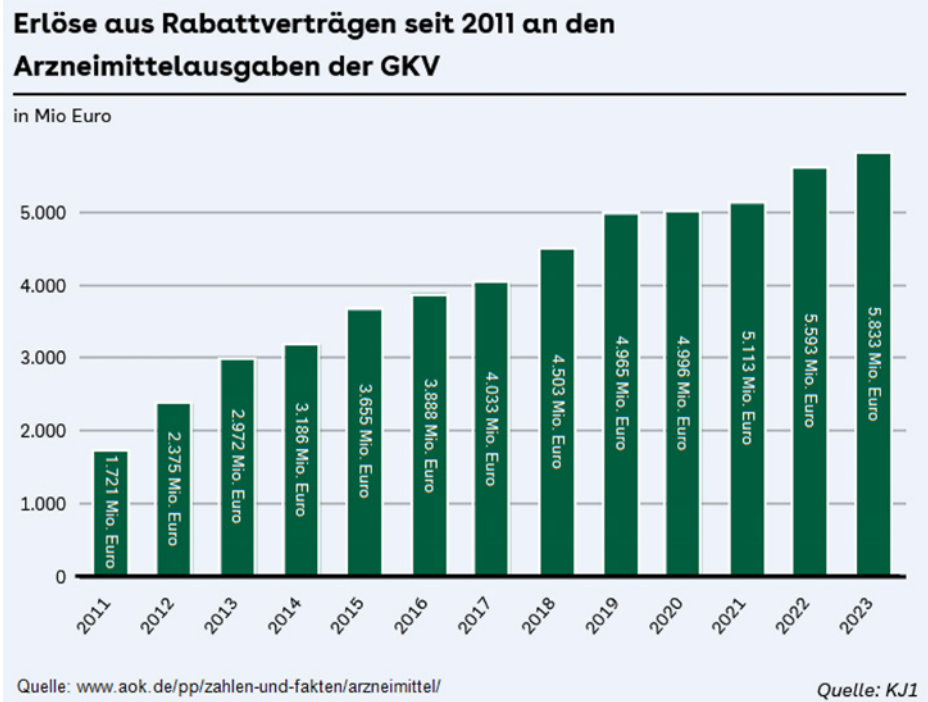
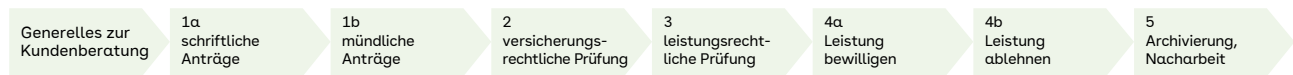
Ausschreibungsregionen für die AOK-Arzneimittelrabattverträge

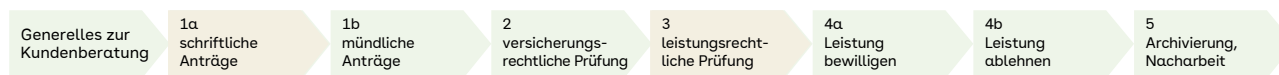


Quelle: AOK Baden-Württemberg; Grafik: AOK-Mediendienst

Stand: Oktober 2024

4.18 · Anträge auf Arznei-/Verbandmittel bearbeiten





6 Arzneimittel besonderer Therapie- richtung als Einzelfallentscheidung (Off-Label-Use)

1a
schriftliche
Anträge

Lernbeispiel 2

Sybille Weber ist seit Jahren bei der AOK versichert und leidet an einer seltenen Stoffwechselkrankheit. Sie hat vom behandelnden Internisten Dr. Müller einen Brief für die AOK dabei. Der Arzt möchte für Sybille Weber wegen ihrer Erkrankung im Rahmen von Off-Label-Use „Niatolon“ verordnen.

Laut Roter Liste (Arzneimittelverzeichnis für Deutschland – einschließlich EU-Zulassungen und bestimmter Medizinprodukte) ist das Anwendungsgebiet für „Niatolon“ nicht für die Behandlung von Stoffwechselkrankheiten zugelassen, aber in der Behandlung von anderen Krankheiten bereits erfolgreich.

„Niatolon“ wurde bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss als „Off-Label-Use“ zugelassen und wird nicht in klinischen Studien angewandt.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Ist ein Arzneimittel zum Verkehr zugelassen, so kann es zulasten der AOK nur in dem Anwendungsgebiet verordnet werden, auf das sich die Zulassung erstreckt. Wird ein Arzneimittel in einem Anwendungsgebiet verordnet, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt („Off-Label-Use“), ist eine Kostenübernahme nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

1. In nicht zugelassenen Anwendungsgebieten ist die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln zulässig, wenn
 - das pharmazeutische Unternehmen zugestimmt hat,

- die Expertengruppen des BMG nach § 35b Abs. 3 Satz 1 SGB V eine positive Bewertung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung dieser Arzneimittel in den nicht zugelassenen Indikationen oder Indikationsbereichen als Empfehlung abgegeben haben und
- der G-BA die Empfehlung in die AM-RL übernommen hat.

Die Ergebnisse der Beurteilung sind in den AM-RL Anlage VI einsehbar.

2. Versicherte haben in klinischen Studien Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Anwendungsbereichs,

§ 35c SGB V

- sofern hierdurch eine therapie-relevante Verbesserung der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist,
 - damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen,
 - die Behandlung durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgt, der bzw. die an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung teilnimmt und
 - der G-BA der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht.
3. Der „Off-Label-Use“ kommt nach der BSG-Rechtsprechung in Betracht, wenn



- es um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht

und

- keine andere Therapie verfügbar ist

und

- die Datenlage erwarten lässt, dass ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

Diese Kriterien des BSG sind im Rahmen einer Begutachtung durch den MD zu beurteilen. Wenn alle Kriterien erfüllt sind, so kann eine Verordnung zulasten der AOK erfolgen. Andernfalls ist die Kostenübernahme abzulehnen.

- Off-Label-Use“ kommt nach der BSG-Rechtsprechung in Betracht, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht und keine andere Therapie verfügbar ist und die Datenlage erwarten lässt, dass ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

- Eine Stoffwechselerkrankung ist keine lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung.

Eine Kostenübernahme von „Niatalon“ im Rahmen von Off-Label-Use ist nicht möglich.

4b
Leistung
ablehnen

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 16

Prüfen Sie die Anspruchsvoraussetzungen von Sybille Weber auf „Niatalon“.

- Sybille Weber ist AOK-versichert.
- Der behandelnde Arzt Dr. Müller möchte „Niatalon“ verordnen.
- Das Anwendungsgebiet für „Niatalon“ sind hyperkinetische Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörungen (AD/HS) bei Kindern ab sechs Jahren und Weiterführung der Therapie bei Jugendlichen. „Niatalon“ ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht für weitere Anwendungsgebiete zugelassen.
- Niatalon[®] ist nicht verordnungsfähig.



7 Zusatzversicherung

Generelles zur Kundenberatung

Die AOK bietet zu günstigen Konditionen Zusatzversicherungen – auch für Arzneimittel – über ihre Kooperationspartner in der privaten Krankenversicherung an. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach den Tarifen.

8 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Ihre Kundin Heike Pütz (geb. 10. 01. 1965) erhält zur Behandlung ihres Asthmas die apotheken- und verschreibungspflichtigen Aerosolsprays „BUDESONID Easyhaler“, „Salbutamol ratiopharm® Dosieraerosol“ und zur Senkung der erhöhten Cholesterinwerte SIMVA ARISTO von ihrem Arzt Dr. Zöller verordnet.

Für die Arzneimittel gelten folgende Preise:

	Apothekenabgabepreis	Festbetrag
BUDESONID Easyhaler (PZN: 06101848)	25,16 €	26,85 €
Salbutamol ratiopharm® Inhalationslösung 10 x 10 ml (PZN: 08527103)	29,75 €	30,92 €
SIMVA ARISTO 20 mg (PZN 09900722)	12,72 €	14,27 €

Hinweis zu Aufgabe 1

Die Liste „Zuzahlungsbefreite Arzneimittel“ (vgl. Seite 12) ist zu beachten.

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

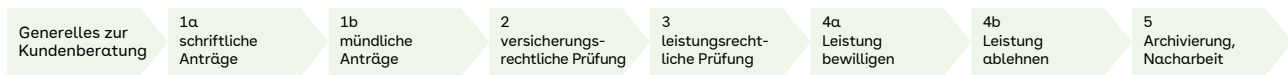
Aufgabe 1

Hat Heike Pütz Anspruch auf die Arzneimittel? Wenn ja, hat sie eine Zuzahlung zu leisten?

2. Sachverhalt

Ihre Azubi-Kollegin Lena Meyer hat die Lösung zum 1. Sachverhalt interessiert verfolgt und nun zum Thema „Arzneimittelfestbeträge“ einige Fragen:

1. Wer legt die Festbeträge für die einzelnen Arzneimittel fest?



2. Welche Auswirkungen haben Festbeträge auf die Kunden?

3. Haben Versicherte zu Festbetrags-Arzneimittel eine Zuzahlung zu leisten? Wenn ja, in welcher Höhe?

Aufgabe 2

Beantworten Sie die Fragen von Lena Meyer.

3. Sachverhalt

Ihre Kundin Birgit Schulz (62 Jahre alt) kommt zu Ihnen. Sie hat gehört, dass die AOK mit den Arzneimittelrabattverträgen den Ärzten vorschreibt, welches Arzneimittel zu verordnen ist.

Sie möchte nun genaue Informationen zu

- Gründe für die Rabattverträge,
- evtl. Lieferschwierigkeiten der Pharmaindustrie sowie
- Möglichkeiten, das bisherige Arzneimittel zu erhalten

von Ihnen.

Hinweis zu Aufgabe 3

Die fachlichen Beratungsinhalte sind stichwortartig zu nennen.

Aufgabe 3

Beraten Sie Birgit Schulz.

4. Sachverhalt

Familie Knoll ist AOK-versichert und erhält bei einem Arztbesuch folgende Medikamente verordnet:

Helmut Knoll (geb. am 25. 06. 1983):

- apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Anti-Fett-Pille „Xenical®“ (Apothekenpreis 55,56 €)

Sabine Knoll (geb. am 10. 04. 1984):

- apothekenpflichtiges und verschreibungspflichtiges Medikament „Ramilich“ von Zentiva Pharma GmbH gegen Bluthochdruck (15,92 €, Festbetrag 15,92 €, Rabattarzneimittel)
- apothekenpflichtiges und nicht verschreibungspflichtiges Medikament „Tantum verde“ gegen Mund- und Rachenentzündungen (9,99 €, kein Festbetrag)
- apotheken- und verschreibungspflichtiges Penicillin „Penicillin STADA“ gegen Bronchitis (13,89 €, Festbetrag 13,89 €)

Jonas Knoll (geb. am 06. 07. 2022):

- apothekenpflichtiges und nicht verschreibungspflichtiges Medikament „ben-u-ron Saft“ gegen Fieber (6,93 €, Festbetrag 3,32 €)

Die AOK hat die Satzungsregelung, dass am AOK-Hausarzt-Programm (HZV) teilnehmende Kunden keine Zuzahlung leisten, wenn der HZV-Arzt ein Rabattarzneimittel verordnet.

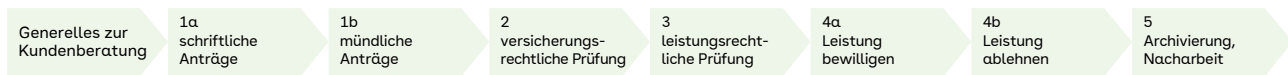
Dr. Müller nimmt am HZV teil und die Familie Knoll ist im HZV eingeschrieben.

Hinweis zu Aufgabe 4

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen. Die Rechtsgrundlagen sind anzugeben.

Aufgabe 4

Hat Familie Knoll Anspruch auf die verordneten Medikamente? Hat Familie Knoll eine Zuzahlung zu leisten? Wenn ja, in welcher Höhe?



9 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Heike Pütz hat Anspruch auf die verordneten Arzneimittel „BUDESONID“, „Salbutamol“ und „Simvastatin“. Sie hat für das Arzneimittel „BUDESONID“ und „Salbutamol“ eine Zuzahlung in Höhe von jeweils 5 € zu leisten.

Begründung

§ 31 Abs. 1 Satz 1, § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V, § 11 Abs. 1 Satz 1 AM-RL

(hier:)

Heike Pütz ist bei der AOK versichert. Ihr Arzt Dr. Zöller verordnet ihr wegen ihrer Asthmaerkrankung die apotheken- und verschreibungspflichtigen Arzneimittel „BUDESONID“, „Salbutamol“ und „Simvastatin“.

(also:)

Die apotheken- und verschreibungspflichtigen Arzneimittel „BUDESONID“, „Salbutamol“ und „Simvastatin“ sind nicht ausgeschlossen. Heike Pütz hat Anspruch auf die verordneten Arzneimittel.

§ 31 Abs. 2 Satz 1 SGB V

(hier:)

Das Arzneimittel „BUDESONID“ kostet 25,16 €; der Festbetrag beträgt 26,85 €. Das Arzneimittel „Salbutamol“ kostet 29,75 €; der Festbetrag beträgt 30,92 €.

Das Arzneimittel Simvastatin kostet 11,76 €; der Festbetrag beträgt 15,36 €.

(also:)

Der Apothekenabgabepreis liegt jeweils unter dem Festbetrag. Es werden jeweils die Kosten des Arzneimittels übernommen.

§ 31 Abs. 3 Satz 1, 4 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V

(hier:)

Heike Pütz ist 60 Jahre alt. Das Arzneimittel „BUDESONID“ und „Salbutamol“ wird nicht in der Liste „Zuzahlungsbefreite Arzneimittel“ (Stand 15. 04. 2025) genannt. Das SIMVA ARISTO wird in der Liste „Zuzahlungsbefreite Arzneimittel“ (Stand 15. 04. 2025) genannt.

(also:)

Heike Pütz hat zum Arzneimittel Simvastatin keine Zuzahlung zu leisten.

Berechnung der Zuzahlung für das Arzneimittel „BUDESONID“:

$$25,16 \text{ €} \times 10 \% = 2,52 \text{ €} < 5 \text{ €}$$

Berechnung der Zuzahlung für das Arzneimittel „Salbutamol“:

$$29,75 \text{ €} \times 10 \% = 2,98 \text{ €} < 5 \text{ €}$$

Sie hat für das Arzneimittel „BUDESONID“ und „Salbutamol“ jeweils eine Zuzahlung in Höhe von 5 € zu leisten.

Lösung zu 2

Wer legt die Festbeträge für die einzelnen Arzneimittel fest?

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, für welche Arzneimittelgruppen Festbeträge festgelegt werden.



- Der GKV-Spitzenverband setzt den Festbetrag fest.
2. Welche Auswirkungen haben Festbeträge auf die Kunden?
- Die AOK übernimmt die Kosten bis zum Festbetrag, den übersteigenden Betrag trägt der Kunde bzw. die Kundin.
3. Haben Versicherte zu Festbetrags-Arzneimitteln eine Zuzahlung zu leisten? Wenn ja, in welcher Höhe?
- Versicherte haben eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 € zu leisten, maximal jedoch die tatsächlichen Kosten.
 - Ist der Festbetrag niedriger als der Apothekenabgabepreis, ist für die Berechnung der Zuzahlung der Festbetrag maßgebend.
 - Versicherte haben für besonders preisgünstige Arzneimittel (Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens liegt um 20 % unter dem Festbetrag) keine Zuzahlung zu leisten – vgl. Liste „Zuzahlungsbefreite Arzneimittel“.
 - Sind die Versicherten für das laufende Jahr bereits von den Zuzahlungen befreit, haben sie ebenfalls keine Zuzahlung mehr zu leisten.

Lösung zu 3

- Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkasse für Arzneimittel verzeichnen seit Jahren hohe Steigerungsraten. Um diese Kostensteigerung zu bremsen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen das Instrument der Rabattverträge mit Pharmaherstellern gegeben. Die AOK hat mit den Rabattverträgen die Möglichkeit, günstigere Preise für patentfreie Originale und Generika zu erzielen, ohne dabei Abstriche in der therapeutischen Qualität der Medikamente zu machen.
- Die Rabattverträge werden für zwei Jahre abgeschlossen, das gewährleistet Produktkontinuität.
- Nur solche Unternehmen werden einen Zuschlag erhalten, die ihre Lieferfähigkeit nachweisen können. Falls das Medikament trotzdem nicht lieferbar ist, gibt der Apotheker ein vergleichbares, generisches Medikament ab (gleicher Wirkstoff, gleiche Dosierung, gleiche Darreichungsform, gleiche Packungsgröße).
- Bei Unverträglichkeit kann der Arzt oder die Ärztin den Austausch des Präparates ausschließen, in dem der Arzt bzw. die Ärztin das „aut idem“-Feld ankreuzt.
- Es ist möglich in der Apotheke ein Alternativ-Medikament zu erhalten. Das Arzneimittel ist in der Apotheke selbst zu bezahlen und bei der AOK einzureichen. Die entstandenen Kosten des Arzneimittels werden abzüglich Zuzahlungen, Rabatte und Verwaltungskosten den Kunden erstattet. Einzureichen ist eine Quittung der Apotheke mit exaktem Namen des Medikaments, der Rechnungsbetrag, das Abgabedatum, der Name der Apotheke und des Kunden bzw. der Kundin sowie eine Kopie des Rezepts.



Lösung zu 4

Helmut Knoll (geb. am 25. 06. 1983):

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • apotheken- und verschreibungspflichtige Anti-Fett-Pille „Xenical®“ (Apothekenpreis 55,56 €) | <ul style="list-style-type: none"> • kein Anspruch = keine Kostenübernahme § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Sabine Knoll (geb. am 10. 04. 1984):

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • apotheken- und verschreibungspflichtiges Medikament „Ramilich“ von Zentiva Pharma GmbH gegen Bluthochdruck (15,92 €, Festbetrag 15,92 €, Rabattarzneimittel) | <ul style="list-style-type: none"> • Anspruch auf Medikament § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V • Kostenübernahme in Höhe von 15,92 € § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB V • keine Zuzahlung § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V |
| <ul style="list-style-type: none"> • apothekenpflichtiges und nicht verschreibungspflichtiges Medikament „Tantum verde“ gegen Mund- und Rachenentzündungen (9,99 €, kein Festbetrag) | <ul style="list-style-type: none"> • kein Anspruch, keine Kostenübernahme § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V |
| <ul style="list-style-type: none"> • apotheken- und verschreibungspflichtiges Penicillin „Penicillin STADA“ gegen Bronchitis (13,89 €, Festbetrag 13,89 €) | <ul style="list-style-type: none"> • Anspruch auf Medikament § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V • Kostenübernahme in Höhe von 13,89 € § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB V • Zuzahlung 5 € (13,89 € x 10 % = 1,39 € < 5 €) § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V |

Jonas Knoll (geb. am 06. 07. 2022):

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • apotheken- und nicht verschreibungspflichtiges Medikament „ben-u-ron Saft“ gegen Fieber (6,93 €, Festbetrag 3,32 €) | <ul style="list-style-type: none"> • Anspruch auf Medikament § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V • Kostenübernahme in Höhe von 3,32€ Mehrkosten in Höhe von 3,61 € trägt Familie Knoll § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB V • keine Zuzahlung (< 18 Jahre) § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|