



FAQ differenzierter Selbstbehalt

Allgemeine Informationen zum differenzierten Selbstbehalt

1. Welche Präparate können vom differenzierten Selbstbehalt betroffen sein?

Es können sowohl Originalpräparate und Referenzpräparate als auch Co-Marketing-Arzneimittel, parallelimportierte Arzneimittel, Generika und Biosimilars vom differenzierten Selbstbehalt betroffen sein. Das BAG kennzeichnet die Packungen, für die ein erhöhter Selbstbehalt gilt, in der [elektronischen Spezialitätenliste](#) in der Spalte «SB» mit einem schwarzen X auf rotem Grund.

2. Haben alle Originalpräparate bzw. Referenzpräparate einen erhöhten Selbstbehalt?

Nein.

Nicht jedes Original- bzw. Referenzpräparat wird mit einem erhöhten Selbstbehalt belegt.

Der Selbstbehalt, den eine versicherte Person beim Bezug eines Arzneimittels bezahlen muss, beträgt grundsätzlich 10 Prozent. Mit einem erhöhten Selbstbehalt von 40 Prozent werden nur Arzneimittel belegt, die im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Wirkstoffzusammensetzung zu teuer sind (vgl. Frage 11 und 12). Zu beachten ist, dass in wenigen Fällen auch Generika bzw. Biosimilars mit einem erhöhten Selbstbehalt belegt sein können, wenn ihr Preis über dem berechneten Grenzwert liegt.

3. Gibt es Umstände, unter denen der erhöhte Selbstbehalt entfällt?

Ja.

- Substitutionsverzicht aus medizinischen Gründen:

Grundsätzlich lassen sich Originalpräparate in aller Regel gut durch Generika, resp. Referenzpräparate durch Biosimilars austauschen. Es gibt jedoch Fälle, wo dies nicht möglich ist.

Wenn aus Sicht des Arztes, der Ärztin oder des Apothekers, der Apothekerin (Leistungserbringer) nachweisbare, medizinische Gründe bestehen, die ausdrücklich die Abgabe eines Präparats mit erhöhtem Selbstbehalt verlangen, darf kein erhöhter Selbstbehalt zulasten des Versicherten resultieren. Es obliegt entsprechend den Leistungserbringern in solchen Fällen sicherzustellen, dass auf eine Substitution (Wechsel auf ein günstigeres Präparat) verzichtet wird und die entsprechende Abrechnung korrekt erfolgt, so dass den Versicherten – ausser dem ordentlichen Selbstbehalt von 10 Prozent des Arzneimittelpreises – keine zusätzlichen Kosten entstehen.

- Eingeschränkte Lieferbarkeit von Generika:

Sofern aufgrund von Lieferschwierigkeiten die Abgabe eines Präparats mit regulärem Selbstbehalt von 10 Prozent nicht möglich ist (diese Präparate sind nicht lieferbar) können die Leistungserbringer stattdessen das teurere Arzneimittel, welches einen erhöhten Selbstbehalt hat, abgeben und gegenüber dem Versicherer so abrechnen, dass nur der ordentliche Selbstbehalt von 10 Prozent zum Tragen kommt.

In beiden Fällen sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Grund für den Verzicht auf Substitution zu dokumentieren.

4. Was sind die Pflichten von Ärzten, Ärztinnen und Apothekern, Apothekerinnen, welche Arzneimittel verschreiben bzw. abgeben in Bezug auf den erhöhten Selbstbehalt?

Ärzte, Ärztinnen und Apotheker, Apothekerinnen (Leistungserbringer) haben eine Informationspflicht

gegenüber den Patienten und Patientinnen sowie eine Dokumentationspflicht. Es besteht jedoch keine Substitutionspflicht (Obligatorium anstelle von Originalpräparaten oder Referenzpräparaten Generika oder Biosimilars abzugeben).

Leistungserbringer müssen die versicherte Person ausdrücklich darüber informieren, wenn mindestens ein mit dem Original- bzw. Referenzpräparat austauschbares Generikum bzw. Biosimilar verfügbar ist. Dadurch hat die versicherte Person die Möglichkeit, Einfluss auf die Kosten zu nehmen.

Für die versicherte Person ist diese Information insbesondere dann wichtig, wenn sie ein Versicherungsmodell gewählt hat, das beim Nichtbezug von Generika höhere Kostenbeteiligungen vorsieht.

Zudem sind die Leistungserbringer auch verpflichtet, die Versicherten über einen erhöhten Selbstbehalt zu informieren und bei Ablehnung der Substitution von einem Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt den Grund zu dokumentieren.

Leistungserbringer sind verpflichtet, die aktuelle Version der Spezialitätenliste (SL, abrufbar unter www.spezialitaetenliste.ch) zu beachten und die versicherte Person über die Vergütung bzw. Nichtvergütung eines Arzneimittels zu informieren.

5. Wie kann ich eine ungenügende Information verhindern? Was kann ich unternehmen, wenn ich nicht korrekt informiert wurde?

Auch wenn keine Verpflichtung dafür besteht, empfiehlt das BAG den Versicherten, bei jedem Arzneimittelbezug aktiv nachzufragen, ob das verschriebene Arzneimittel vergütet wird, Generika oder Biosimilars respektive günstigere Präparate verfügbar sind oder ob ein erhöhter Selbstbehalt zu bezahlen ist. So können Versicherte Mehrkosten zu Ihren Lasten am besten vermeiden.

Macht die versicherte Person geltend, dass sie nicht informiert wurde (z.B. über die Erhältlichkeit eines Generikums bzw. über den erhöhten Selbstbehalt) und kann der Leistungserbringer aufgrund der Dokumentation im Patientendossier nicht nachweisen, dass diese Information erfolgt ist, kann er sich gegenüber der versicherten Person für den ihr dadurch verursachten Schaden haftbar machen. (vgl. Weisungen des BAG zur Spezialitätenliste, abrufbar unter www.spezialitaetenliste.ch > Weisungen des BAG).

6. Muss noch Selbstbehalt bezahlt werden, wenn der maximale Selbstbehalt erreicht wurde?

Wenn nur Arzneimittel mit 10 Prozent Selbstbehalt bezogen werden, so gelten folgende jährliche Höchstbeträge für den maximalen Selbstbehalt: CHF 700.00 für Erwachsene und CHF 350.00 für Kinder. Hat eine versicherte Person den maximalen jährlichen Selbstbehalt bezahlt, so muss sie sich beim Bezug weiterer Arzneimittel nicht mehr an deren Kosten beteiligen (betreffend maximaler Kostenbeteiligung beim Bezug von Arzneimitteln mit erhöhtem Selbstbehalt vgl. Frage 7).

7. Wird beim Bezug von Arzneimitteln mit erhöhtem Selbstbehalt der maximale Selbstbehalt von CHF 700 überschritten?

Werden Arzneimittel mit einem erhöhten Selbstbehalt von 40 Prozent bezogen, werden nicht die gesamten 40 Prozent, die die versicherte Person bezahlt hat, an den maximalen Selbstbehalt (vgl. auch Frage 6) angerechnet, sondern nur 25 Prozent. Die 25 Prozent ergeben sich aus dem gesetzlichen Ansatz von 10 Prozent (regulärer Selbstbehalt) plus die Hälfte des übersteigenden Betrags. Bei einem Selbstbehalt von 40 Prozent sind dies 10 Prozent plus die Hälfte von 30 Prozent.

Dies führt dazu, dass beim Bezug von Arzneimitteln mit erhöhtem Selbstbehalt der maximale vom Versicherten bezahlte Selbstbehalt schliesslich mehr als CHF 700 resp. CHF 350 beträgt.

Hat der Versicherer auf diese Weise bis zum maximalen Selbstbehalt aufsummiert, muss sich die versicherte Person auch beim Bezug von Arzneimitteln mit erhöhtem Selbstbehalt nicht mehr an den Kosten des Arzneimittels beteiligen.

8. Gilt der Selbstbehalt auch, wenn Arzneimittel über die Unfallversicherung oder die Invalidenversicherung (IV) abgerechnet werden?

Sind Unfälle über die OKP versichert, so ist die Kostenbeteiligung durch Franchise und Selbstbehalt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt. Auch Unfallfolgen, die über die OKP laufen, fallen unter diese Kostenbeteiligung. Somit kommt in diesem Fall ein erhöhter Selbstbehalt zum Tragen. Trägt die Unfallversicherung nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) die Kosten nach einem Unfall,

so wird der versicherten Person weder Franchise noch Selbstbehalt verrechnet, auch nicht, wenn ein Arzneimittel mit einem erhöhten Selbstbehalt bezogen wird. Für Patienten und Patientinnen bedeutet dies, dass es ausschlaggebend ist, ob Unfälle über die OKP oder über eine Unfallversicherung nach dem UVG wie beispielsweise die SUVA versichert sind.

Für Leistungen welche von der IV vergütet werden, bezahlt der Patient, die Patientin keinen Selbstbehalt.

9. Ich habe ein besonderes Versicherungsmodell, das den Bezug von Generika und Biosimilars vorsieht. Was muss ich beachten?

Es besteht die Möglichkeit, beim Abschluss des Vertrages zur Grundversicherung ein Modell zu wählen, das vorsieht, dass eine versicherte Person Generika und Biosimilars beziehen sollte, sofern solche verfügbar sind. Im Fall des Abschlusses eines solchen Versicherungsmodells sind die finanziellen Folgen beim Bezug eines Originalpräparates oder Referenzpräparates mit oder ohne erhöhtem Selbstbehalt von den Versicherungsbedingungen abhängig und sind aufmerksam zu prüfen und zu beachten. In solchen Fällen sind die Antworten des BAG (vgl. Frage 6 und 7) nicht immer anwendbar und es sind höhere Kostenbeteiligungen möglich.

Hat eine versicherte Person ein entsprechendes Versicherungsmodell gewählt, ist es besonders wichtig, dass die versicherte Person beim Bezug von Arzneimitteln darauf hinweist und nach Generika und Biosimilars fragt.

10. Ab wann gilt für ein Arzneimittel der differenzierte Selbstbehalt?

Der differenzierte Selbstbehalt gilt nur für Arzneimittel, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) vergütet werden. Diese Arzneimittel sind auf der Spezialitätenliste (www.spezialitätenliste.ch, SL) aufgeführt.

Sobald es mindestens drei austauschbare Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste gibt, von denen mindestens eines ein Generikum bzw. ein Biosimilar ist, kommt der differenzierte Selbstbehalt zur Anwendung.

Sobald diese Kriterien zur Berechnung eines Grenzwertes für den differenzierten Selbstbehalt erfüllt sind, wird der Grenzwert für diese Wirkstoffzusammensetzung erstmals berechnet.

Zudem werden die bestehenden Grenzwerte einmal jährlich per 01. Dezember neu berechnet und gelten dann bis zum 31. November des darauffolgenden Jahres.

11. Wie werden Grenzwerte für den differenzierten Selbstbehalt berechnet?

Der Grenzwert berechnet sich aus dem Durchschnitt des günstigsten Drittels der Fabrikabgabepreise der austauschbaren Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung (dies sind in der Regel Generika resp. Biosimilars) plus 10 Prozent.

12. Wird ein Arzneimittel, welches teurer als der vom BAG festgelegte Grenzwert ist, in der Spezialitätenliste (SL) immer mit einem Selbstbehalt von 40 Prozent ausgewiesen?

Bevor ein Arzneimittel neu mit erhöhtem Selbstbehalt in der SL erscheint, haben die betroffenen Zulassungsinhaberinnen immer die Möglichkeit, dies mit einer Preissenkung innerhalb einer vorgegebenen Frist zu verhindern. Arzneimittel, welche nach Ablauf dieser Frist auf oder über dem Grenzwert liegen, haben in der SL einen erhöhten Selbstbehalt von 40 Prozent. Arzneimittel, welche unter dem Grenzwert liegen, haben einen regulären Selbstbehalt von 10 Prozent. Relevant für die Abrechnung sind immer die Angaben in der SL zum Zeitpunkt des Arzneimittelbezuges.

13. Kann der Selbstbehalt eines Arzneimittels jederzeit von 10 auf 40 Prozent oder umgekehrt von 40 auf 10 Prozent ändern?

Nein.

Die SL wird jeweils per Ersten eines Monats aktualisiert. Zulassungsinhaberinnen von Arzneimitteln mit erhöhtem Selbstbehalt haben jederzeit die Möglichkeit Preissenkungen zu beantragen und somit auf den Ersten eines Monats eine Anpassung des erhöhten Selbstbehaltes auf den regulären Selbstbehalt zu bewirken. Umgekehrt kommt es deutlich seltener vor, dass ein Arzneimittel, welches aktuell keinen

erhöhten Selbstbehalt hat, auf den Beginn des nachfolgenden Monats plötzlich einen erhöhten Selbstbehalt aufweist. Dies kommt nur vor

- bei Preiserhöhungen (sehr selten),
- bei der erstmaligen Erfüllung der Bedingungen für den differenzierten Selbstbehalt (neu drei austauschbare Arzneimittel auf der SL, wenn die ersten Generika oder Biosimilars verfügbar sind, vgl. Frage 10)
- per 01. Dezember jeden Jahres (da auf diesen Zeitpunkt die für den differenzierten Selbstbehalt geltenden Grenzwerte jährlich neu berechnet und umgesetzt werden, vgl. Frage 10).

14. Was sind die rechtlichen Grundlagen für den differenzierten Selbstbehalt?

[Verordnung über die Krankenversicherung \(KVV\):](#)

Art. 103 Franchise und Selbstbehalt

Art. 104a Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung

[Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\):](#)

4. Abschnitt: Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Art. 38a

[Handbuch betreffend die Spezialitätenliste:](#) Ziffer G

15. Gibt es weiterführende Informationen zum differenzierten Selbstbehalt und allgemein zur Kostenbeteiligung?

[Infos zum differenzierten Selbstbehalt auf der Webseite des BAG](#)

Allgemeine Informationen zur Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt): [FAQ Kostenbeteiligung](#)

Zusätzliche Informationen für Leistungserbringer und Versicherer

16. Müssen bei jedem Substitutionsverzicht die medizinischen Gründe dokumentiert werden?

Nicht zwingend.

Medizinische Gründe beim Substitutionsverzicht müssen grundsätzlich nur dokumentiert werden, wenn ein Arzneimittel bezogen wird, welches zum Zeitpunkt des Bezuges in der Spezialitätenliste mit einem erhöhten Selbstbehalt gekennzeichnet ist (und aufgrund von medizinischen Gründen/Lieferschwierigkeiten keine Substitution erfolgen darf/kann). Aus Gründen der Sorgfaltspflicht empfiehlt das BAG dennoch, die Ablehnung einer Substitution und deren Gründe stets zu dokumentieren.

17. Wer entscheidet, ob eine Substitution aus medizinischen Gründen möglich resp. nicht möglich ist?

Der Entscheid, ob eine Substitution (Wechsel auf ein Generikum oder ein Biosimilar) möglich ist oder nicht, obliegt nicht nur dem Arzt oder der Ärztin, sondern kann auch vom Apotheker oder der Apothekerin gefällt werden.

18. Ablehnung der Substitution bei einem Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt aus medizinischen Gründen: Vorgehen und notwendige Dokumentation

Artikel 38a Absatz 7 KLV hält fest, dass, wenn aus nachweisbaren medizinischen Gründen ausdrücklich die Abgabe eines Original- bzw. Referenzpräparates erfolgen soll, kein erhöhter Selbstbehalt zulasten des Versicherten resultieren darf. Um dies zu gewährleisten, ist der Leistungserbringer verpflichtet, dies auf dem Rezept ausdrücklich zu vermerken («aus medizinischen Gründen nicht substituieren»), so dass eine korrekte Abrechnung zu Lasten der OKP sichergestellt werden kann.

Die Ablehnung der Substitution aus medizinischen Gründen muss nachgewiesen und dokumentiert sein, damit die erhöhte Kostenbeteiligung der versicherten Person entfällt (vgl. [Rundschreiben an die](#)

[Verbände der Leistungserbringer vom 5. Dezember 2023](#)). Im Rundschreiben sind wegweisende Beispiele für mögliche Substitutionsverzichtsgründe aufgeführt. Es liegt im Ermessen der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer weitere Gründe für einen Verzicht auf Substitution aufgrund von medizinischen Gründen geltend zu machen. Relevant ist der Nachweis und die Dokumentation im Patientendossier.

Die Versicherer können im Fall einer Ablehnung der Substitution eines Arzneimittels mit erhöhtem Selbstbehalt die medizinischen Gründe und deren Nachweis erfragen und entsprechende Unterlagen einfordern. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die entsprechenden Angaben und Informationen zur Verfügung zu stellen.

19. Gibt es Fälle, wo eine Ablehnung der Substitution aus medizinischen Gründen nicht möglich ist?

Es gibt in der Spezialitätenliste Co-Marketing-Arzneimittel, die gleich teuer sind wie die Generika. Co-Marketing-Arzneimittel sind abgesehen vom Namen und der Verpackung identisch mit einem anderen Arzneimittel. Wird ein Co-Marketing-Arzneimittel von einem Originalpräparat angeboten und in der SL aufgeführt, ist ein Wechsel vom Originalpräparat auf ein solches Co-Marketing-Arzneimittel in jedem Fall möglich. Entsprechend ist eine Verschreibung des Originalpräparates aus medizinischen Gründen ohne Verrechnung des erhöhten Selbstbehalts nicht möglich, wenn ein oder mehrere günstigere Co-Marketing-Arzneimittel vorhanden sind. Eine Liste mit Basispräparaten und zugehörigen Co-Marketing-Arzneimitteln wird von Swissmedic zur Verfügung gestellt (www.swissmedic.ch > Services und Listen > Listen und Verzeichnisse > 1.5 Co-Marketing-Arzneimittel).

20. Es gibt in Bezug auf die Substitution kritische Indikationsgebiete oder Wirkstoffe mit enger therapeutischer Breite. Führt das BAG eine entsprechende Liste?

Nein.

Das BAG führt keine Liste mit nicht-substituierbaren Therapien oder Indikationen. Es hat dafür keinen Auftrag und keine Berechtigung.

Es unterliegt der Sorgfaltspflicht der Leistungserbringer (Ärzte, Ärztinnen, Apotheken) in begründeten Fällen und unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person allenfalls auf eine Substitution zu verzichten.

21. Wie muss vorgegangen werden, wenn von einem Wirkstoff nur das Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt erhältlich ist?

Sofern aufgrund von Lieferschwierigkeiten die Abgabe eines günstigen Präparats mit 10 Prozent Selbstbehalt nicht möglich sein sollte, kann der Arzt oder die Ärztin resp. der Apotheker oder die Apothekerin stattdessen das teurere Original- bzw. Referenzpräparat mit erhöhtem Selbstbehalt abgeben und auf der Abrechnung an den Versicherer «*Substitution nicht möglich*» vermerken. Als Begründung können die Lieferschwierigkeiten vermerkt werden.

Die Nichtlieferbarkeit der günstigeren Präparate muss mit einem Printscreen des Bestellfensters des üblichen Grossisten dokumentiert werden (vgl. [Rundschreiben zur Vergütung bei Versorgungsengpässen vom 21. März 2023](#)). So kann das Präparat mit erhöhtem Selbstbehalt trotzdem mit 10 Prozent Selbstbehalt bezogen werden, bis die betroffenen günstigen Präparate wieder lieferbar sind.

Sollte es sich um länger andauernde Lieferschwierigkeiten handeln, können dem BAG die betroffenen Arzneimittel gemeldet werden. Das BAG wird dann prüfen, ob vorübergehend der erhöhte Selbstbehalt bis zur Wiederverfügbarkeit der günstigen Präparate auf 10 Prozent herabgesetzt werden kann.

22. Berechnung der maximalen Kostenbeteiligung am fiktiven Beispiel eines Arzneimittels mit Publikumspreis CHF 1'000.00 und 40 Prozent Selbstbehalt

In der nachfolgenden Tabelle sind die Kosten eines Arzneimittels sowie die theoretische Beteiligung der versicherten Person und die Anrechnung an den maximalen Selbstbehalt ersichtlich.

Um das Beispiel verständlicher zu machen mit der Annahme, dass nach bezahlter Franchise bis zum Erreichen des maximalen Selbstbehalts nur die Kosten für dieses Arzneimittel abgerechnet würden, keine ärztlichen oder anderen Leistungen.

Bezogenes Arzneimittel	Publikumspreis	Selbstbehalt von Versicherten zu bezahlen (40%)	Vom Versicherer an maximalen Selbstbehalt angerechnet (25%)	Selbstbehalt, der nicht an maximalen Selbstbehalt angerechnet wird	Summe angerechneter Betrag für maximalen Selbstbehalt	Verbleibender Betrag bis zu maximalem Selbstbehalt von CHF 700
1. Packung	CHF 1'000	CHF 400	CHF 250	CHF 150	CHF 250	CHF 450
2. Packung	CHF 1'000	CHF 400	CHF 250	CHF 150	*CHF 500	CHF 200
3. Packung	CHF 1'000	*CHF 320	CHF 200	CHF 120	CHF 700	CHF 0
Summe		CHF 1'120	CHF 700	CHF 420		

*Da der Versicherer bisher CHF 500 an den maximalen Selbstbehalt von CHF 700 angerechnet hat, muss sich die versicherte Person bei dieser Packung nur noch mit CHF 320 an den Kosten beteiligen.

Die versicherte Person muss in diesem Fall die Franchise sowie CHF 1'120 bezahlen. Da sie ein Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt bezogen hat, muss sie sich mit mehr als CHF 700 Selbstbehalt an den Kosten beteiligen. Hat sich die versicherte Person mit der Franchise und dem maximalen Selbstbehalt an den Kosten beteiligt, wird ihr kein Selbstbehalt mehr verrechnet (vgl. Frage 6 und 7).