

Art. 24 KVG - Grundsatz der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Funktion der Norm: doppeltes Eingangstor zur Leistungspflicht

Art. 24 Abs. 1 KVG ist keine selbständige Leistungsnorm im Sinne eines unmittelbar bestimmbaren Anspruchs auf eine bestimmte Behandlung. Die Bestimmung verknüpft zwei kumulative Filter: Die Leistung muss erstens in den Katalog der Art. 25-31 KVG fallen und zweitens die Voraussetzungen der Art. 32-34 KVG erfüllen

Art. 24 KVG. Diese Struktur ist für die Anspruchsprüfung entscheidend, weil weder ein medizinisches Bedürfnis noch eine ärztliche Indikation allein genügt, wenn die Leistung ausserhalb des gesetzlichen Katalogs oder ausserhalb der Bezeichnungs- und Listenordnung liegt **9C_815/2019**.

Der Katalog beginnt mit den allgemeinen Leistungen bei Krankheit. Art. 25 KVG erfasst Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, insbesondere ärztliche und weitere angeordnete Untersuchungen und Behandlungen, Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, Rehabilitation, Spitalaufenthalt sowie Beiträge an Transport- und Rettungskosten **Art. 25 KVG.** Der Verweis in Art. 24 Abs. 1 reicht daneben auf besondere Katalogtatbestände wie Pflegeleistungen, Geburtsgebrechen, Unfall, Mutterschaft, Schwangerschaftsabbruch und Zahnbehandlung; diese Einzelnormen erweitern oder begrenzen den Leistungsbereich nach ihrer eigenen Regelungslogik, schaffen aber keinen Anspruch ausserhalb der Art. 32-34 KVG **Art. 24 KVG.** Das Bundesgericht formuliert dies für Geburtsgebrechen dahin, dass der Krankenversicherer grundsätzlich nur im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs und erst bei erfüllten KVG-Übernahmevoraussetzungen leistungspflichtig ist **9C_815/2019**.

Der auslösende Krankheitsbegriff ergibt sich nicht aus Art. 24 KVG, sondern aus Art. 3 ATSG: Krankheit ist eine nicht unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat; Geburtsgebrechen sind bei vollendeter Geburt bestehende Krankheiten **Art. 3 ATSG.** Für Unfälle enthält Art. 28 KVG nur eine Gleichstellung des Leistungsumfangs mit Krankheit, soweit die OKP bei Unfällen nach dem KVG zuständig bleibt **Art. 28 KVG.** Die Zuständigkeit gegenüber anderen Sozialversicherungen wird jedoch durch die Koordinationsordnung begrenzt, nicht durch Art. 24 selbst.

Art. 34 Abs. 1 KVG schliesst das Eingangstor wieder: Die Versicherer dürfen in der OKP keine anderen Kosten als diejenigen für Leistungen nach Art. 25-33 KVG übernehmen **Art. 34 KVG.** Das Bundesgericht hat diesen abschliessenden Charakter im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen betont: Der Katalog der in der KLV bezeichneten zahnärztlichen Krankheitsbilder ist vor dem Hintergrund von Art. 31, 33 und 34 KVG abschliessend, nicht beispielhaft **BGE 124 V 185.** Für die Praxis bedeutet dies, dass eine Härtefallargumentation oder ein medizinisch nachvollziehbares Bedürfnis die fehlende gesetzliche oder ordnungsrechtliche Erfassung nicht ersetzt.

WZW als materieller Filter: kumulativ, wissenschaftlich und massnahmenbezogen

Art. 24 Abs. 1 verweist auf Art. 32 KVG. Danach müssen Leistungen nach Art. 25-31 wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein; die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein **Art. 32 KVG.** Diese Kriterien sind kumulativ. Das Bundesgericht wendet sie auch in Ausnahmebereichen wie Orphan Drugs und Off-Label-Konstellationen an und lehnt eine rein einzelfallbezogene Wirksamkeitsbegründung ab, wenn klinische Studien oder andere wissenschaftliche Nachweise fehlen **BGE 136 V 395.**

Der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis begrenzt die Bedeutung eines individuellen Behandlungserfolgs. BGE 136 V 395 verneinte die Leistungspflicht für Myozyme ausserhalb der Spezialitätenliste, obwohl ein therapeutischer Nutzen diskutiert wurde, weil für die krankenversicherungsrechtlich erforderliche hohe therapeutische Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit nicht genügte, dass im Einzelfall eine Wirkung eingetreten war **BGE 136 V 395.** Die Entscheidung ist tragend für zwei Punkte: Erstens gelten die WZW-Kriterien auch bei seltenen Krankheiten und Orphan Drugs; zweitens dürfen hoher Nutzen und Wirtschaftlichkeit nicht isoliert bejaht werden, sondern sind graduell und im Verhältnis der Kosten zum Nutzen zu beurteilen **BGE 136 V 395.**

Die Wirtschaftlichkeit ist nicht gleichbedeutend mit einem abstrakten Höchstbetrag pro versicherte Person. In BGE 145 V 116 (Urteil 9C_744/2018) verwarf das Bundesgericht den Versuch eines Versicherers, die Leistungspflicht für einen 421-tägigen, komplikationsreichen Spitalaufenthalt pauschal auf rund CHF 300'000 unter Rückgriff auf eine QALY-Berechnung zu deckeln **BGE 145 V 116**. Tragend war nicht die Festlegung eines alternativen Schwellenwerts, sondern das Gegenteil: Das KVG kennt keine absolute Kostenobergrenze, und die Wirtschaftlichkeit ist objektiv und vergleichend auf die konkrete diagnostische oder therapeutische Massnahme zu prüfen **9C_744/2018.** Ein Versicherer, der Wirtschaftlichkeit bestreitet, muss daher konkret angeben, welche einzelne Massnahme unnötig, ersetzbar oder sonst unwirtschaftlich gewesen sein soll; eine pauschale Beanstandung der Gesamtrechnung genügt nicht **9C_744/2018.**

Die Beweis- und Darlegungslage ist damit differenziert. Die geöffneten Entscheide enthalten keine abstrakte allgemeine Beweislastformel für jede Leistungspflichtfrage. Sie zeigen aber, dass eine umstrittene wissenschaftliche Wirksamkeit nicht von der OKP durch Finanzierung von Forschung zu dokumentieren ist; BGE 136 V 395 weist diese Dokumentation dem Hersteller zu **BGE 136 V 395.** Umgekehrt kann ein Versicherer die Wirtschaftlichkeit nicht bloss abstrakt bestreiten, wenn er konkrete Leistungen bereits als medizinisch notwendig hingenommen hat **9C_744/2018.** Gerichtliche Prüfung erfolgt im bundesgerichtlichen Verfahren im Rahmen der Rechtskontrolle nach BGG, ohne freie Überprüfung des Sachverhalts oder Angemessenheitskontrolle **9C_744/2018.**

Seit 1. Januar 2026 konkretisieren Art. 32 Abs. 3 und 4 KVG die periodische Überprüfung: Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr WZW-konform sind, werden

in einem evidenzbasierten Verfahren nach transparenten Kriterien und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert; Leistungen, die dieses Verfahren nicht bestehen, werden von der OKP nicht vergütet **Art. 32 KVG**. Diese Absätze ändern die Grundstruktur von Art. 24 Abs. 1 nicht, verstärken aber den institutionellen Mechanismus, mit dem zweifelhafte Leistungen aus dem vergüteten Bereich herausgeführt werden können **Art. 32 KVG**. Höchststrichterliche Anwendung der neuen Absätze wurde in den abgerufenen Quellen nicht festgestellt.

Bezeichnung der Leistungen: Negativliste, Positivlisten und Bindung an die Listenordnung

Art. 33 KVG ordnet die Bezeichnungskompetenz asymmetrisch. Für ärztliche und chiropraktische Leistungen kann der Bundesrat Leistungen bezeichnen, deren Kosten nicht oder nur unter Bedingungen übernommen werden; für nichtärztliche Leistungen sowie bestimmte Präventions-, Mutterschafts- und Zahnbehandlungsleistungen bezeichnet er die Leistungen näher **Art. 33 KVG**. Er kann zudem den Umfang der Übernahme neuer oder umstrittener Leistungen bestimmen und Aufgaben dem EDI oder BAG übertragen **Art. 33 KVG**. Daraus erklärt sich die unterschiedliche Technik: Für ärztliche Leistungen wirkt Art. 33 Abs. 1 als Ausschluss- oder Bedingungsmechanismus, während Arzneimittel, Analysen und Mittel/Gegenstände über positiv bezeichnete Listen vergütungsfähig werden.

Für Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände ist Art. 52 KVG zentral. Das EDI erlässt Listen der Analysen sowie bestimmter Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe; das BAG erstellt die Spezialitätenliste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen **Art. 52 KVG**. Art. 52 Abs. 3 KVG begrenzt die Rechnungsstellung gegenüber der OKP auf die Tarife, Preise und Vergütungsansätze nach Absatz 1 **Art. 52 KVG**. Bundesgerichtlich ist die Spezialitätenliste abschliessend und verbindlich; nicht gelistete Arzneimittel sind grundsätzlich nicht vergütungspflichtig **BGE 136 V 395**. Die jüngere Rechtsprechung bestätigt den Charakter der Spezialitätenliste als abschliessende Positivliste und knüpft ihn an das Listenprinzip von Art. 34 Abs. 1 KVG **9C_256/2023**.

Die praktische Folge ist eine strenge Anspruchsarchitektur. Bei ärztlichen Leistungen kann die Prüfung häufig mit der Frage beginnen, ob eine Leistung ausdrücklich ausgeschlossen oder bedingt zugelassen ist. Bei Arzneimitteln und anderen Listenleistungen beginnt sie demgegenüber mit der Frage, ob und in welcher Indikation, Limitierung, Menge und Preisstellung die Leistung gelistet ist **Art. 52 KVG**. Ist dies nicht der Fall, kann Art. 24 Abs. 1 nur noch über eine spezifische Ausnahmeregel, namentlich Art. 71a-71d KVV, zur Leistungspflicht führen.

Einzelfallvergütung von Arzneimitteln: enge Ausnahmen vom Listenprinzip

Die heutige Einzelfallvergütung nach Art. 71a-71d KVV ist keine Generalklausel zur Korrektur des Listenprinzips, sondern ein eng geregelter Ausnahmekanal. Art. 71a KVV betrifft Arzneimittel der Spezialitätenliste, die ausserhalb der Swissmedic-genehmigten Fachinformation oder ausserhalb einer SL-Limitierung eingesetzt werden **Art. 71a KVV**. Vergütung kommt alternativ in drei Fallgruppen in Betracht: als unerlässliche Voraussetzung einer anderen klar im Vordergrund stehenden OKP-Leistung, bei grossem therapeutischem Nutzen gegen eine tödlich oder schwer chronisch verlaufende Krankheit mangels wirksamer und zugelassener Alternative, oder bei bestimmter Postexpositionsprophylaxe **Art. 71a KVV**.

Art. 71b KVV erweitert diesen Mechanismus auf Swissmedic-zugelassene, aber nicht in die Spezialitätenliste aufgenommene verwendungsfertige Arzneimittel, wenn mindestens eine Voraussetzung von Art. 71a Abs. 1 erfüllt ist **Art. 71b KVV**. Art. 71c KVV betrifft importierte, von Swissmedic nicht zugelassene

Arzneimittel; zusätzlich zu Art. 71a Abs. 1 müssen Einfuhrzulässigkeit nach HMG und Zulassung für die betreffende Indikation in einem Land mit gleichwertigem Zulassungssystem vorliegen **Art. 71c KVV**. Gemeinsame Verfahrensvoraussetzung ist eine besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin; bei vollständigem Gesuch entscheidet der Versicherer innert zwei Wochen **Art. 71d KVV**.

Die Ausnahmen beruhen auf einer vorverordnungsrechtlichen Rechtsprechung, sind heute aber in der KVV normativ überformt. BGE 130 V 532 erkannte bereits vor Art. 71a-71d KVV zwei Ausnahmen: den therapeutischen Komplex, bei dem das Off-Label-Arzneimittel eng mit einer gedeckten Leistung verbunden oder für diese unerlässlich ist, und die Behandlung einer lebensbedrohlichen Krankheit ohne wirksame Alternative bei ernsthaft zu erwartendem wichtigem therapeutischem Nutzen **BGE 130 V 532**. Die heutigen lit. a und b von Art. 71a Abs. 1 KVV nehmen diese beiden Linien auf, ersetzen aber für aktuelle Fälle die freie Rechtsprechungsprüfung durch die verordnungsrechtlichen Tatbestands- und Verfahrensvoraussetzungen **Art. 71a KVV**.

BGE 136 V 395 bleibt trotz späterer Verordnungsregelung wichtig, weil er die Grenzen der Ausnahme betont. Eine Swissmedic- oder Orphan-Drug-Zulassung genügt nicht automatisch für die krankenversicherungsrechtliche Vergütung; ausserhalb der Liste braucht es einen hohen therapeutischen Nutzen und WZW-Konformität, einschliesslich wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit und wirtschaftlicher Vertretbarkeit **BGE 136 V 395**. Jüngere bundesgerichtliche Rechtsprechung wendet Art. 71a KVV unmittelbar an und bestätigt, dass grosser therapeutischer Nutzen, fehlende therapeutische Alternative und Schwere der Krankheit kumulativ im konkreten Tatbestand erfüllt sein müssen **9C_256/2023**. Bei Kombinationstherapien kann eine gesonderte wirtschaftliche Prüfung erforderlich sein, weil die Kombination nicht einfach mit der Summe der Einzel-SL-Preise gleichgesetzt werden darf **9C_805/2019**.

Kantonale Entscheide illustrieren, ersetzen aber nicht die bundesgerichtliche Linie. Das Sozialversicherungsgericht Zürich bejahte bei einer Dreierkombination gegen multiples Myelom den fehlenden Therapieersatz und den hohen therapeutischen Nutzen, wies aber zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zurück, weil die Preisbildung der Kombination gesondert zu beurteilen war **KV.2020.00033**. In einem CAR-T-Fall bejahte es die Leistungspflicht für Kymriah bei rezidiertem DLBCL, weil die KLV-Voraussetzungenerfüllt waren, keine gleichwertige kurative Alternative bestand und kein grobes Missverhältnis zwischen Aufwand und Heilerfolg vorlag **KV.2021.00007**. Diese Urteile sind vor allem als Fallmuster nützlich: Sie zeigen, dass hoher Preis nicht genügt, um die Leistung zu verweigern, aber auch nicht genügt, um eine Ausnahme zu rechtfertigen; entscheidend bleiben Nutzen, Alternativen, Listenstatus, Kostengutsprache und Wirtschaftlichkeit.

Territorialität und Auslandbehandlung: Ausnahme nur bei Notfall oder gravierender Versorgungslücke

Art. 34 KVG begrenzt den durch Art. 24 eröffneten Leistungsbereich auch territorial. Abs. 2 ermächtigt den Bundesrat, Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen aus medizinischen Gründen oder im Rahmen grenzüberschreitender Zusammenarbeit sowie bestimmte Auslandsentbindungen zuzulassen; Abs. 3 erlaubt eine Begrenzung der Kostenübernahme **Art. 34 KVG**. Diese Gesetzesnorm schafft für sich allein keinen offenen Anspruch auf Auslandbehandlung, sondern verweist auf die Ausführung in Art. 36 KVV.

Art. 36 KVV enthält die zentralen Ausnahmen. Auslandsleistungen werden übernommen, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können, soweit das EDI sie bezeichnet, oder wenn während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts ein Notfall eintritt und die Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist **Art. 36 KVV**. Kein Notfall liegt vor, wenn sich die versicherte Person zum Zweck der

Behandlung ins Ausland begibt **Art. 36 KVV**. Für Leistungen nach diesen Ausnahmen wird höchstens der doppelte Betrag der in der Schweiz vergüteten Kosten übernommen; für bestimmte Ausländerbindungen höchstens der einfache Betrag **Art. 36 KVV**.

Das Bundesgericht fasst die Schwelle streng. In **9C_403/2024**, betreffend ein Hüft-Resurfacing im Vereinigten Königreich, bestätigte es, dass grundsätzlich das Territorialitätsprinzip gilt und Auslandskosten nur bei Notfall oder fehlender inländischer Behandlungsmöglichkeit vergütet werden **9C_403/2024**. Unter dem Titel des fehlenden Behandlungsangebots rechtfertigen nur schwerwiegende Versorgungslücken eine Abweichung: Entweder besteht in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit, oder die inländische Methode bringt im konkreten Fall gegenüber der ausländischen Alternative wesentlich und erheblich höhere Risiken mit sich, sodass eine zumutbare und zweckmässige Behandlung in der Schweiz nicht gewährleistet ist **9C_403/2024**. Bloss geringfügige Vorteile, umstrittene Mehrnutzen, grössere Ausländerfahrung oder höhere Fallzahlen genügen nicht **9C_403/2024**.

Kantonale Entscheide zeigen die Ränder dieses Tests. Keine Versorgungslücke besteht, wenn eine in der Schweiz anerkannte und zumutbare Behandlung verfügbar ist, auch wenn die ausländische Stelle grössere Erfahrung geltend macht **KV 2019/20**. Umgekehrt kann eine Auslandbehandlung gedeckt sein, wenn die Operation zwar theoretisch in der Schweiz möglich wäre, praktisch aber keine zumutbare inländische Behandlung besteht, etwa weil der kompetenteste Schweizer Spezialist die Operation in einer dringlichen schweren Konstellation ablehnt und keine inländische Erfahrung vorhanden ist **KV.2002.00001**. Diese kantonalen Beispiele konkretisieren die bundesgerichtliche Schwelle, ohne sie abzusenken.

Zeitliche Zuordnung nach Behandlungsdatum oder Behandlungsperiode

Art. 24 Abs. 2 KVG ordnet übernommene Leistungen dem Datum beziehungsweise der Periode der Behandlung zu **Art. 24 KVG**. Die Bestimmung wurde per 1. Januar 2016 durch das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz eingefügt; die Botschaft erklärt den zugrunde liegenden finanzierungsrechtlichen Gedanken: In der sozialen Krankenversicherung müssen Prämien so festgesetzt werden, dass sie die in derselben Periode geschuldeten Leistungen decken, und bei medizinischen Leistungen ist der Zeitpunkt der Behandlung, nicht der Rechnung, massgebend **BBi 2012 1941**. Abs. 2 ist daher vor allem eine Zuordnungsregel, nicht eine Erweiterung des Leistungskatalogs.

Die Rechtsprechung kannte den Behandlungszeitpunkt bereits vor der Kodifikation. In **K 43/02** ging es um Medikamente, die vor einem Versichererwechsel abgegeben, aber später verbraucht wurden. Das Bundesgericht stellte für die Leistungspflicht auf Behandlung und effektiven Leistungsbezug ab, bei Arzneimitteln auf die tatsächliche Abgabe durch die Medizinalperson; die Kosten entstehen mit der Abgabe, und in diesem Zeitpunkt wird die Leistungspflicht des damaligen Versicherers ausgelöst **K 43/02**. Für Versichererwechsel folgt daraus: Zuständig ist grundsätzlich der Versicherer, bei dem die versicherte Person im Zeitpunkt der Behandlung beziehungsweise Abgabe versichert war, nicht der Versicherer während eines späteren Konsums **K 43/02**.

Für Franchise und Selbstbehalt enthält Art. 103 Abs. 3 KVV die parallele und ausdrücklichere Regel: Massgebend für deren Erhebung ist das Behandlungsdatum **Art. 103 KVV**. Art. 64 KVG bestimmt, dass Versicherte sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen beteiligen; die Kostenbeteiligung besteht aus Jahresfranchise und Selbstbehalt, dessen jährlicher Höchstbetrag vom Bundesrat festgelegt wird **Art. 64 KVG**. Bei Versichererwechsel im Kalenderjahr rechnet der neue Versicherer nach Art. 103 Abs. 4 KVV bereits in Rechnung gestellte Franchise und Selbstbehalt an, oder die Anrechnung erfolgt unter Nachweisvorbehalt der versicherten Person **Art. 103 KVV**. Die Kostenbeteiligung reduziert somit die effektive Zahlungslast der OKP, ohne die Frage zu ändern, ob die Leistung als

solche im KVG-Leistungsbereich liegt.

Ein Tessiner Entscheid illustriert die jahresübergreifende Konsequenz: Bei einer zahnärztlichen Behandlung über mehrere Kalenderjahre stellte das Gericht für Franchise und Selbstbehalt auf das jeweilige Behandlungsdatum ab und verlangte die Jahresfranchise für jedes Behandlungsjahr, unabhängig vom späteren Rechnungsdatum **36.2005.121**. Die Entscheidung ist kantonal und stützt sich auf Art. 103 Abs. 3 KVV sowie ältere bundesgerichtliche Praxis; sie ist besonders aussagekräftig für mehrjährige Behandlungen, aber keine eigenständige höchstrichterliche Erweiterung von Art. 24 Abs. 2 KVG **36.2005.121**.

Nicht durch eine geöffnete höchstrichterliche Entscheidung geklärt ist, wie Art. 24 Abs. 2 in jeder Tarif- oder Listenänderungskonstellation zwischen Behandlung und Rechnungsstellung wirkt. Die stärkste gesicherte Regel lautet: Behandlung, Leistungsbezug oder Abgabe ist zeitlicher Anknüpfungspunkt für Versichererzuständigkeit und Kostenbeteiligung **K 43/02 Art. 103 KVV**. Ob daraus in jedem Fall automatisch die am Behandlungstag geltende Tarif- oder Spezialitätenlistenfassung folgt, liegt nahe, wurde in den abgerufenen Bundesgerichtsquellen aber nicht als eigenständiger Rechtssatz entschieden.

Koordination mit Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Art. 24 KVG beantwortet nicht allein, welcher Sozialversicherungsträger bei mehreren möglichen Deckungen leistet. Art. 28 KVG bestimmt für die OKP nur, dass sie bei den von ihr zu deckenden Unfällen dieselben Leistungen wie bei Krankheit übernimmt **Art. 28 KVG**. Die vorgelagerte Zuständigkeitskaskade steht in Art. 64 ATSG: Heilbehandlung wird, soweit gesetzlich vorgeschrieben, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen; die Reihenfolge lautet Militärversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung und erst zuletzt Krankenversicherung **Art. 64 ATSG**.

Für Art. 24 bedeutet dies, dass die OKP-Leistungspflicht zwar nach Katalog, WZW, Listenordnung und Territorialität beurteilt wird, aber subsidiär zurücktritt, wenn ein vorrangiger Sozialversicherungsträger nach Art. 64 ATSG die Heilbehandlung zu übernehmen hat **Art. 64 ATSG**. Bei stationärer Behandlung trägt der leistungspflichtige Träger die Heilungskosten allein und uneingeschränkt auch dann, wenn der Gesundheitsschaden nur teilweise auf seinen Versicherungsfall zurückzuführen ist; zudem umfasst seine Pflicht nicht trennbare Nebenschäden während der stationären Heilbehandlung **Art. 64 ATSG**. Diese Koordinationsregeln verhindern eine kumulative Leistungspflicht und sind deshalb vor jeder materiellen Art.-24-Prüfung mitzudenken.

Praktische Prüfpunkte

Für eine Kostengutsprache oder Leistungsstreitigkeit sollte die Prüfung nicht mit der medizinischen Plausibilität enden. Zuerst ist festzuhalten, welcher Katalogtatbestand der Art. 25-31 KVG angerufen wird und ob eine spezielle Bezeichnungs- oder Listenordnung eingreift **Art. 24 KVG Art. 33 KVG**. Bei Arzneimitteln ist der Listenstatus, die Fachinformation, eine SL-Limitierung und gegebenenfalls Art. 71a-71d KVV vor der allgemeinen WZW-Diskussion zu prüfen **Art. 52 KVG Art. 71a KVV Art. 71d KVV**.

WZW-Einwände müssen konkretisiert werden. Wer Wirksamkeit behauptet, braucht einen wissenschaftlich tragfähigen Nachweis und kann sich nicht allein auf einen Einzelfallerfolg stützen **Art. 32 KVG BGE 136 V 395**. Wer Wirtschaftlichkeit bestreitet, sollte die konkrete Massnahme, die verfügbare Alternative und das Kosten-Nutzen-Verhältnis bezeichnen; eine allgemeine Kostenobergrenze oder eine pauschale QALY-Deckelung ist bundesgerichtlich nicht anerkannt **BGE 145 V 116 9C_744/2018**.

Bei Auslandbehandlungen ist früh zu dokumentieren, ob ein Notfall während eines vorübergehenden Aufenthalts vorlag oder ob eine

gravierende Versorgungslücke in der Schweiz besteht; bessere Auslandserfahrung oder höhere Fallzahlen genügen nicht **Art. 36 KVV 9C_403/2024**. Bei Einzelfall-Arzneimitteln ist vor Durchführung, soweit möglich, ein vollständiges Kostengutsprachege such einzureichen, weil die Kostenübernahme nach Art. 71d KVV eine besondere Gutsprache nach vertrauensärztlicher Konsultation voraussetzt und der Versicherer bei vollständigem Gesuch innert zwei Wochen entscheidet **Art. 71d KVV**.

Zeitlich sollten Behandlungstage, Behandlungsperioden und Abgabedaten getrennt von Rechnungs- und Zahlungsdaten dokumentiert werden. Diese Daten bestimmen nach Art. 24 Abs. 2 KVG und Art. 103 Abs. 3 KVV die Zuordnung der Leistung sowie die Erhebung von Franchise und Selbstbehalt **Art. 24 KVG Art. 103 KVV**. Bei Versichererwechseln sind zudem bereits erhobene Franchise- und Selbstbehaltsbeträge nach Art. 103 Abs. 4 KVV nachzuweisen, damit der neue Versicherer sie anrechnet **Art. 103 KVV**.