

Fähigkeitsausweis ‚Vertrauensarzt SGV‘

Rolle und Aufgaben der Vertrauensärztin/Einführung ins Leistungsrecht der OKP



Grundlagen-Skript

Version 1.0/Stand: 16.7.2025

Dr. med. et lic. iur. Konrad Imhof
Facharzt allgemeine innere Medizin/Rechtsanwalt
Zertifizierter Gutachter SIM
Leiter Kommission Weiter- und Fortbildung SGV

Inhalt

Einführung

- Vorbemerkungen
- Ziele
- Rechtliches Handwerkzeug für die Vertrauensärztin
- Aufgabenstellung des Vertrauensarztes
- Rechtliche Bedeutung der vertrauensärztlichen Stellungnahme
- Das Spannungsfeld zwischen Leistungserbringer, Patient und Versicherer

Grundprinzipien und Rahmenkatalog des KVG

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Die Anhänge der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

- Anhang 1/1a KLV
- Anhang 2 KLV (Mittel- und Gegenständeliste, MiGeL)
- Anhang 3 KLV (Analysenliste, AL)
- Anhang 4 KLV (Arzneimittel mit Tarif, ALT; Spezialitätenliste, SL)
- Vergütung von Medikamenten im Einzelfall (OLU)

Anhang

- Ablaufschema Leistungsbeurteilung durch Vertrauensarzt
- Checkliste für den VA bei der Gesuchs-Beurteilung
- Wichtige Rechtsquellen
- Abkürzungsverzeichnis
- Literatur

Einführung

Vorbemerkung

Wenn von Vertrauensärztin oder Vertrauensarzt gesprochen wird, ist immer auch das andere Geschlecht gemeint.

Ziele

Die Frage der Behandlung ist eine medizinische, die Frage der Vergütung eine rechtliche! Folglich ist der angehende Vertrauensarzt zwangsläufig mit den Regulatorien des Leistungsrechts konfrontiert. Dieses Skript und insbesondere die Übersicht auf S. 34 sollen ihn oder sie befähigen, sich möglich schnell in diesem ‚Gestrüpp‘ der versicherungsmedizinischen Erlasse zurechtzufinden und mithelfen, dass er dem anfragenden Leistungsmitarbeitenden eine klare, nachvollziehbare und widerspruchsfreie Beurteilung präsentieren kann.

Rechtliches Handwerkzeug für die Vertrauensärztin

Verfassung (vom Souverän, d.h. dem Volk verabschiedet)

Präambel: *...gewiss, dass frei nur ist, wer seine Freiheit gebraucht, und dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen...*

Gesetze (vom Parlament verabschiedete Erlasse): ATSG, KVG, UVG...

Meist *generell-abstrakte* Formulierungen (z.B.: aus *wichtigen Gründen* kann gewährt werden), die weiter durch Verordnungen konkretisiert oder ausgelegt werden müssen.

Verordnungen

Verordnungen sind von der Bundesverwaltung ausgearbeitete und vom Bundesrat verabschiedete *Ausführungsbestimmungen* zu den Gesetzen. Beispiele: KLV, KVV, Anhänge zu KLV

Kreisschreiben BAG/Referenzdokumente

Das sind erläuternde Bemerkungen, die aber selbst keinen Gesetzes- oder Ordnungscharakter haben, sondern gewisse Details erläutern und uns sehr wichtige Dokumente sind (Z.B. Faktenblatt des BAG zum NIPT, Impfplan des BAG, usw.)

Formloses Verfahren

Das formlose Verfahren ist in Art. 51 ATSG geregelt: Ein Gesuch kann in einem formlosen Verfahren geregelt werden, sofern es sich nicht um eine erhebliche Leistung, Forderung oder Anordnung handelt. Siehe dazu auch BGE 134 V 145.

Wiedererwägung

Das Wiedererwägungsgesuch ist ein formloser Rechtsbehelf, mit dem ein Betroffener die Verwaltungsbehörde ersucht, auf ihren Entscheid zurückzukommen, ihn abzuändern oder aufzuheben. Es besteht aber kein Anspruch auf materielle Erledigung.

Verfügungen

Die Verfügung ist ein individueller, an den Einzelnen gerichteter Hoheitsakt, durch den ein Rechtsverhältnis in verbindlicher und erzwingbarer Weise geregelt wird (Art. 5 Verwaltungsverfahrensgesetz, VvVG). Beispiele dazu: Steuerbescheid, Einsprache Entscheid, Baubewilligung oder eine Verfügung des Krankenversicherers.

Einsprache

Die Einsprache ist ein Rechtsmittel, das sich gegen die Behörde richtet, die verfügt hat.

Beschwerde

Die Beschwerde ist ein Rechtsmittel, mit der ein Hoheitsakt des Staates von einer zuständigen Instanz angefochten wird und zur Überprüfung gebracht werden kann.

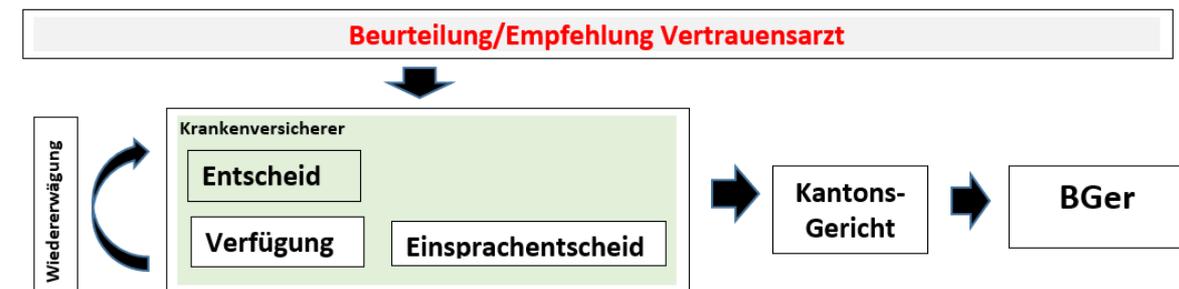
Bundesgerichtsentscheide (BGE)

Es gibt zu praktisch allen versicherungsmedizinischen Problemstellungen kantonalrechtliche Entscheide und in letzter Instanz Bundesgerichtsentscheide, die aufgrund der bestehenden Gesetzeslage ausgefällt worden sind; diese höchstrichterlichen Entscheide haben wiederum Auswirkungen auf die Auslegung der bestehenden Gesetze.

Abschließende Aufzählung: Es können nur diejenigen Positionen/Indikationen vergütet werden, die eben aufgezählt werden.

Beispielhafte Aufzählung: Ist nicht abschließend, eben durch Einfügung von Schlüsselwörtern z.B., wie, insbesondere.

Rechtsmittelweg (Verwaltungsverfahren) im KVG (Art. 51 ATSG/Art. 80 KVG)



Die Krankenkasse teilt die Übernahme oder Ablehnung einer Leistung primär in einem formlosen Verfahren dem Versicherten mit. Ist dieser mit dem Entscheid nicht zufrieden, kann er ein Wiedererwägungsgesuch stellen. Kommt weiterhin keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse mittels einer Verfügung ein Verwaltungsverfahren eröffnen und der Versicherte kann gemäß Art. 127 KVV innert 30 Tagen dagegen Einsprache beim Versicherer erheben. Der Versicherer hat innerhalb einer angemessenen Frist gemäß Art. 52 Abs. 2 ATSG einen Einsprache Entscheid zu fällen (Einsprache Entscheid). Gegen diesen Entscheid kann sich der Versicherte innerhalb einer 30-Tage-Frist beim kantonalen Versicherungsgericht beschweren. Dessen Entscheid kann schließlich mittels Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden.

Aufgabenstellung des Vertrauensarztes

Gesetzliche Grundlagen

- Art. 57 KVG
- Vertrauensarztvertrag (zwischen santésuisse und FMH) vom 1.1.2003 gestützt auf Art. 57 Abs. 8 KVG
- BAG-Kreisschreiben Nr. 7.1 vom 22.4.2024: Aufsicht des BAG über datenschutzrelevante Bereiche gemäss KVAG, KVAV, KVG und KVV

Zum Begriff Vertrauensarzt/Abgrenzung zum Gesellschaftsarzt

Streng genommen ist der Begriff *Vertrauensarzt* nur auf das KVG zu beziehen. Der Begriff wird aber sehr oft auf Ärzte angewandt, die versicherungsmedizinische Fragestellungen im Krankentaggeld oder im VVG beurteilen: präziser wäre, wenn solche Mediziner als *Gesellschaftsärzte* oder *beratende Ärzte* bezeichnet würden.

Der Vertrauensarzt als Organ der sozialen Krankenversicherung

Die Vertrauensärzte sind Organe der sozialen Krankenversicherung. Jede Krankenversicherung muss über einen vertrauensärztlichen Dienst verfügen, entweder intern (grössere Krankenversicherer haben einen VAD) oder extern (kleinere Versicherer, oft übernimmt hier der RVK mandatiert diese Aufgabe). Der oben erwähnte Vertrauensarztvertrag regelt die Weitergabe der für die Beurteilung der Leistungspflicht, der Festsetzung der Vergütung, der Berechnung des Risikoausgleiches oder der Begründung einer Verfügung notwendigen Angaben, sowie die Weiterbildung und Stellung der Vertrauensärzte und -ärztinnen. Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte können vollzeit- oder teilangestellt oder auch im Auftragsverhältnis tätig sein; sie sind von Gesetzes wegen in ihrem Urteil *unabhängig und weisungsfrei* (Art. 57 Abs. 5 KVG); diese Unabhängigkeit bezieht sich ausschließlich auf ihr fachliches Urteil. Stehen die Vertrauensärzte in einem Anstellungsverhältnis zu einem Krankenversicherer, dann sind sie personell in dessen Hierarchie eingebettet. Die Krankenversicherer haben bei der Organisation der vertrauensärztlichen Dienste (VAD) die Vorgaben der Aufsichtsbehörde, also des BAG, zu beachten (siehe oben erwähntes Kreisschreiben 7.1 des BAG). Gemäss dem genannten Vertrauensarztvertrag (Art. 6 Abs. 1) ist der Vertrauensarzt befugt, bei der Erledigung seiner Arbeit *Hilfspersonen* beizuziehen, wobei die Verantwortung letztlich beim Vertrauensarzt bleibt.

CAVE: Das Bundesgericht hat im Entscheid 9C_67/2007 die wirtschaftliche Abhängigkeit eines Vertrauensarztes, die durch eine administrative Eingliederung oder ein Mandat entsteht, ausdrücklich nicht als Ablehnungsgrund erachtet.

Hauptaufgaben (Art. 57. Abs. 4 KVG)

- *Beratung* der Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und Tarifierung
- *Kontrolle* der Voraussetzungen der Leistungspflicht der Versicherer
- *Schutz* der Persönlichkeitsrechte der Versicherten (Datenfilter)
- *Vermittler- oder Mediatorfunktion* an der Schnittstelle zwischen Patienten, behandelndem Arzt und Versicherer

Wichtige Voraussetzungen/Grundsätze

- Gewisse Zulassungsvoraussetzungen für Tätigkeit als Vertrauensarzt
- Einvernehmen mit Ärztesgesellschaft (VA kann auch abgelehnt werden)
- Unabhängigkeit in Beurteilung
- Gibt Empfehlung ab, entscheidet nicht

Erwartung an den Vertrauensarzt

Vom VA wird eine *nachvollziehbare, gut begründete, schlüssige, konzise und widerspruchsfreie* Empfehlung erwartet, die vom Krankenversicherer in einen klaren Leistungsentscheid einfließen kann.

No-Gos

Widersprüchliche Empfehlungen, persönliche Bemerkungen, Beleidigungen usw.

Wann wird der Vertrauensarzt oder Vertrauensärztin beigezogen?

Die Fallführung/Entscheid Kompetenz bleibt immer bei der Leistungsabteilung einer Versicherung. Der Vertrauensarzt wird nicht von sich aus tätig, sondern wird von der Leistungsabteilung des Krankenversicherers dann konsultiert, wenn

- *Fakultativ* sein medizinischer Sachverstand gefragt ist (z.B. bei Gesuchen bei neuartigen Therapien)
- oder *zwingend*, wenn die Konsultation des Vertrauensarztes für bestimmte Sachverhalte vorgeschrieben ist. So können bestimmte Arzneimittel im Einzelfall nur auf besondere Gutsprache des Versicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes oder Vertrauensärztin übernommen werden (z.B. Art. 71d Abs. 1 KVV). Ähnliche Bestimmungen zur zwingenden Einholung der Empfehlung des Vertrauensarztes finden sich auch bei der Psychotherapie (Art. 3b Abs. 3 KLV), Physiotherapie (Art. 5 Abs. 4 KLV) und Ergotherapie (Art. 6 Abs. 4 KLV). Bei der Ernährungspädagogik (Art. 9b Abs. 3 KLV) und Diabetesberatung (Art. 9c Abs. 3 KLV) sowie bei der Logopädie (Art. 11 Abs. 3 KLV) beantragt der Vertrauensarzt, ob und in welchem Umfang die Therapien fortgesetzt werden sollen, nach die eine bestimmte Zeit gedauert haben. Ähnliche Bestimmungen gibt es auch in den Anhängen 1 und 1a der KLV.

Datenbeschaffung/Datenweitergabe/Datenfilter

Daten über die Gesundheit werden rechtlich den *besonders schützenswerten Daten* zugeordnet (Art. 5 Datenschutzgesetz, DSG). In seiner Aufgabe als Kontrollorgan über die Leistungspflicht der OKP kommt der Vertrauensarzt mit solchen Daten in Kontakt, ja mehr noch, er benötigt grundsätzlich Angaben, um seine Kontrollfunktion ausüben zu können und für diese *Datenbeschaffung* besteht eine Rechtsgrundlage (Art. 57 Abs. 6 KVG, Art. 42 Abs. 3 und 5 KVG), er darf aber nur diejenigen Daten einfordern, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden.

Auch die Weitergabe der Daten an den Versicherer muss sich auf die notwendigen Angaben beschränken (*Datenfilter* oder *Datentrichter*; Art. 57 Abs. 7 KVG, Art. 8 Vertrauensarztvertrag). Mit diesem Konzept schützt der Vertrauensarzt nicht eigentlich die Daten, sondern die *Persönlichkeitsrechte des Versicherten*.



Exkurs: Verantwortlichkeit des Vertrauensarztes?

Eine gesetzlich statuierte Haftung des Vertrauensarztes besteht nicht, zumal eine vertrauensärztliche Beurteilung keine rechtliche Verbindlichkeit bedeutet: Der VA empfiehlt, die Leistungsabteilung entscheidet.

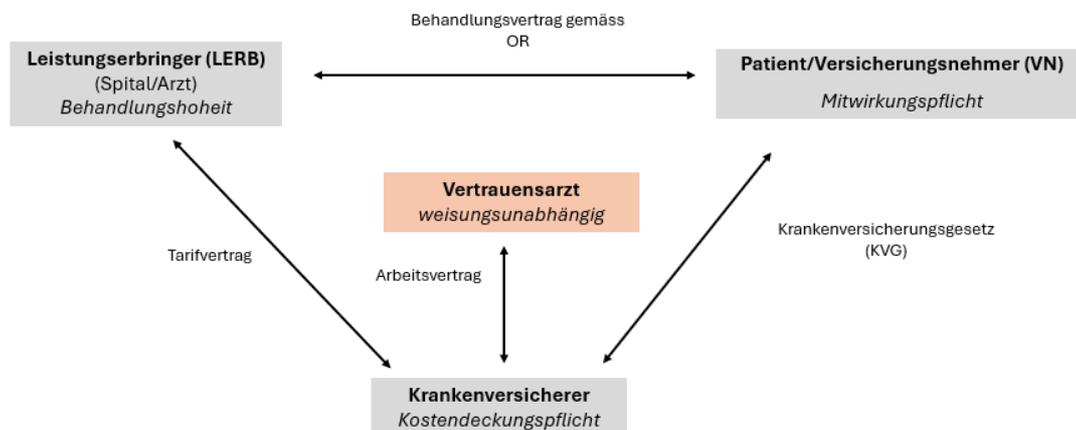
Rechtliche Bedeutung der vertrauensärztlichen Stellungnahme

Die vertrauensärztlichen Stellungnahmen haben bezüglich Beweisrecht den gleichen Wert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten eines SUVA-Kreisarztes oder eines regionalärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung. Wenn diese vertrauensärztlichen Beurteilungen schlüssig erscheinen, wenn sie nachvollziehbar begründet und widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen, dann kommt ihnen *Beweiswert* zu.

Die Stellungnahmen des Vertrauensarztes unterliegen grundsätzlich dem integralen *Akteneinsichtsrecht* des Versicherten, d.h. auf Verlangen des Versicherten müssen alle Unterlagen herausgegeben werden, auch die schriftlichen Beurteilungen des VA.

Das Spannungsfeld zwischen Leistungserbringer, Patienten und Versicherer

Die nachfolgende Übersicht zeigt das Spannungsfeld auf, in dem sich der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin bewegt:



Aufgabe des Leistungserbringers (LERB):

Der Leistungserbringer hat die Behandlungshoheit: Er behandelt den Patienten, stellt Diagnosen, klärt ihn auf und bestimmt die Therapie. Er hat auch aufzuklären über die Kostenübernahme.

Aufgabe des Patienten:

Der Patient untersteht der Mitwirkungspflicht (Art. 28 ATSG); kommt er seiner Mitwirkungspflicht nicht nach, finden die Regeln von Art. 43 Abs. 3 ATSG Anwendung.

Aufgabe des Krankenversicherers:

Die Versicherung erstattet die Kosten – oder erstattet sie nicht (Kostenerstattungsprinzip, Art. 24 KVG). Was von der OKP bezahlt wird, bestimmt das KVG (gemäss den Artikeln 25-31 nach Massgabe der in den Artikel 32-34 festgelegten Voraussetzungen) mit all seinen Ausführungsverordnungen und Anhängen.

Cave: die Frage, wie behandelt werden soll, ist eine **Frage der Medizin**; die Frage, ob die Behandlung auch von der Krankenkasse bezahlt wird, ist eine **Frage des Rechts**!

Grundprinzipien und Rahmenkatalog des KVG



Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Einleitung

Das KVG ist eine Versicherung, die auf dem *Solidaritätsprinzip* beruht. Es regelt die soziale Krankenversicherung, umfasst die *obligatorische Krankenpflegeversicherung* und eine *freiwillige Taggeldversicherung* und gewährt Leistungen bei:

- Krankheit (Definition in Art. 3 ATSG);
- Unfall (Definition in Art. 4 ATSG) soweit dafür nicht die Nichtbetriebsunfallversicherung aufkommt
- Mutterschaft (Definition in Art. 5 ATSG)

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

- Betroffenheit
- Versicherungsschutz
- Zugelassener Leistungserbringer
- Kein anderer Versicherer zuständig
- Von KVG anerkannte Leistungsmethode
- WZW

Grundprinzipien des Krankenversicherungsgesetzes

- Kostenerstattungspflicht (Art. 24 KVG)
- WZW (Art. 32 KVG und Art. 56 Abs. 1 KVG)
- Listenprinzip (Art. 33 KVG)
- Tarifschutz (Art. 44 KVG)
- Qualitätssicherung (Art. 58 KVG)
- Legalitätsprinzip (BGE 134 V 83, E. 4.1)
- Territorialitätsprinzip (Art. 34 KVG)

Ad Kostenerstattungspflicht (Art. 24 KVG)

Wie es der Name dieses Prinzips sagt, ist die *Erstattung der Kosten* geschuldet. Dies im Gegensatz zum Naturalleistungsprinzip im UVG, wo die Behandlung geschuldet ist. Im KVG liegt die Behandlungshoheit beim Leistungserbringer. Der Versicherer entscheidet nur, ob er zahlt oder nicht zahlt.

Ad WZW (Art. 32 und Art. 56 Abs. 1 KVG)

Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gehören zu den grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung (BGE 125 V 95 E. 2a). Die Grundsätze von WZW sind auf 2 Ebenen zu beachten:

1. Als *allgemeine* Voraussetzung bei der Bezeichnung der Leistungen,
2. Als *konkrete* Vergütungsvoraussetzung im Einzelfall

Zweck von Art. 32 KVG ist die Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Preisen (BGE 127 V 80 E. 3c).

Art. 56 Abs. 1 KVG stellt eine Ergänzung der WZW-Regeln gemäß Art. 32 KVG dar und beschränkt die therapeutische Freiheit des Arztes in die Schranken des Wirtschaftlichkeitsgebotes von Art. 32 KVG. Leistungen, die über das Maß des Behandlungszwecks hinausgehen, können verweigert werden.

a. Wirksamkeit

Eine Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf die angestrebten diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen oder präventiven Ziele hinzuwirken., ein günstiges Verhältnis von Nutzen und Schaden im Vergleich zu alternativen Leistungen (auch 'nichts tun' kann eine zu betrachtende Alternative sein) *nach wissenschaftlichen Methoden* nachgewiesen ist und die Übertragbarkeit der Studienresultate auf die schweizerische klinische Praxis angenommen werden kann.

Die Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Leistung) und Wirkung (medizinischer Erfolg); Siehe auch unter BGE 133 V 115 E. 3.1 oder 9C_572/2015 E. 4.3); die Wirksamkeit ist mit wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen: D.h. der Erfolg muss reproduzierbar sein und der Kausalzusammenhang zwischen dem therapeutischen Agens und seiner Wirkung muss ausgewiesen sein.

Es geht daher nicht, dass die Wirkung retrospektiv und einzelfallbezogen auf eine durchgeführte Behandlungsmethode beurteilt wird.

b. Zweckmäßigkeit

Eine Leistung ist zweckmäßig, wenn sie im Vergleich zu alternativen Verfahren für die Patientenversorgung *relevant und geeignet* ist, sie mit den rechtlichen Bedingungen, den ethischen und sozialen Aspekten oder Werten vereinbar ist und die Qualität sowie die angemessene Anwendung in der Praxis gewährleistet.

c. Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit voraus. Eine Leistung ist wirtschaftlich, wenn deren Tarife und Preise *nachvollziehbar bemessen* sind,

im Vergleich zu den alternativen Verfahren ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis bezogen auf die direkten Gesundheitskosten aufweist oder den Mehrkosten ein entsprechender Mehrnutzen gegenübersteht und die Kostenauswirkungen auf die obligatorische Krankenversicherung tragbar sind.

Bei einer vergleichbaren Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit gilt grundsätzlich die kostengünstigste Alternative als wirtschaftlich (BGE 9C_572/2015, BGE 137 V 295 E. 6.3). Eine besseres Nutzen-Schaden-Verhältnis und eine erhöhte Zweckmäßigkeit hingegen rechtfertigen höhere Kosten und deren Übernahme im Rahmen der OKP (BGE 127 V 138 E. 5). Obergrenzen bezüglich Kosten-Nutzen-Verhältnis sind in der Schweiz nicht festgelegt und stellen keinen absoluten Bewertungsmaßstab dar (BGE 136 V 395 und BGE 142 V 144 E. 4.2, E 5.4). Dennoch kommt das Verhältnismässigkeitsprinzip zur Anwendung und die Frage der Grenzen der Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung.

Operationalisierung (Verwirklichung) des WZW-Grundsatzes

Das BAG hat in einem Grundlagendokument vom 31.3.2022 (in Kraft ab 1.9.2022) im Rahmen einer *Verwaltungsverordnung* generelle Weisungen zu WZW formuliert, dies mit dem Ziel einer einheitlichen Verwaltungspraxis. Dieses wichtige Grundlagendokument dient der Operationalisierung der WZW-Kriterien für die Prüfung und Bezeichnung aller von der OKP übernommenen Leistungen.

WZW generell und konkret: Übersicht

WZW	KLV			
	Anhang 1 KLV	Anhang 2 KLV	Anhang 3 KLV	Spezialitätenliste (AL) Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)
WZW generell?	vermutet	ja	ja	ja
WZW konkret im Einzelfall?	Vom VA zu prüfen	Vom VA zu prüfen	Vom VA zu prüfen	Vom VA zu prüfen
Einzelfallvergütung Art. 71a-71d KVV				
WZW generell?	Studienrating durch VA/ <u>Swissrating</u>			
WZW konkret im Einzelfall?	Einzelfallprüfung durch VA			

HTA (Health Technology Assessment) und WZW

HTA wird im Rahmen der generellen WZW-Prüfung im Aufnahmeverfahren von den vorbereitenden Kommissionen angewandt. Dabei wird im Rahmen des Assesment eine systematische Bewertung der vorliegenden wissenschaftlichen Belege vorgenommen, insbesondere über Sicherheit und Wirksamkeit. Im anschließenden Appraisal-Verfahren werden auch rechtliche, ethische und soziale Aspekte mitberücksichtigt.

Ad Listenprinzip (Art. 33 KVG)

Rechtstechnisch sieht das KVG zur Verwirklichung der für das Leistungsrecht der OKP fundamentalen Prinzipien von WZW ein Listensystem mit Positiv- und Negativlisten, sowie einer offenen Liste vor.

Die OKP übernimmt nicht alle praktizierten medizinischen Leistungen, sondern nur die zugelassenen. Das KVG setzt einen *Leistungsrahmen* und überträgt die Detailgestaltung dem Verordnungsgeber (Bundesrat mit Verwaltungseinheiten), der je nach Regelungsbereich entweder Pflichtleistungen oder Nichtpflichtleistungen bezeichnet. Mit Ausnahmen der Arzneimittel (BAG) hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) alle anderen Leistungen bezeichnet. Die detaillierte Bezeichnung der zu vergütenden Leistungen werden in der KLV und deren Anhängen (1-4) aufgelistet. Als allgemeine Zulassungsvoraussetzung gilt dabei die Regel von WZW.

- *Positivlisten*

Positivlisten umschreiben *abschließend und verbindlich* die zu vergütenden Leistungen. Zusätzliche Leistungen sind nur über die Zusatzversicherung möglich.

- *Negativlisten*

Negativlisten umschreiben Leistungen, die nicht von der OKP vergütet werden dürfen.

- *Offene Liste*

Eine offene Liste, wie sie z.B. der Anhang 1 zum KLV darstellt, beschreibt Leistungen,

- die übernommen werden
- unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden
- gar nicht übernommen werden

Pflichtleistungsvermutung von nicht gelisteten Leistungen

Gemäss Art. 33 Abs. 1 KVG gilt bei im Anhang 1 KLV nicht aufgeführten neuen oder umstrittenen Leistung die Vermutung von WZW. Sieht ein Vertrauensarzt WZW für eine nicht gelistete Leistung als nicht gegeben, muss er den entsprechenden Nachweis erbringen (siehe dazu auch den umstrittenen BGE 9C_702/2023).

Exkurs: Herleitung der Pflichtleistungsvermutung

Die Pflichtleistungsvermutung steht nicht so direkt im Gesetz. Die Herleitung ist nicht ganz offensichtlich: Gemäss Art. 33 Abs. 1 KVG ,kann der Bundesrat die von Ärztinnen oder von Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten vor der OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden; Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass alle Leistungen, welche die bezeichneten Ärztinnen und Chiropraktorinnen erbringen, leistungspflichtig sind, ausser solche, die namentlich als Nicht-Pflichtleistungen bezeichnet wurden oder die nur unter gewissen Bedingungen bezahlt werden.

Ad Tarifschutz (Art. 44 KVG)

Der Tarifschutz umfasst die Pflicht der Leistungserbringer und der Versicherer zur Einhaltung der maßgebenden Tarife und Preise (BGE 131 V 133 E. 6). Er ist auf gesetzliche Pflichtleistungen und zugelassene Leistungserbringer beschränkt. Es ist folglich verboten, zusätzlich zum Kassentarif ergänzende Zusatzhonorare für Pflichtleistungen zu verlangen.

Ad Qualitätssicherung (Art. 58 KVG)

Das KVG statuiert hier ein Qualitätssicherungsprogramm und regelt 2 besondere Qualitätssicherungsmaßnahmen (*Mitberücksichtigung des Vertrauensarztes* und *Beschränkung auf qualifizierte Leistungserbringer*). Die vertrauensärztliche Mitwirkung/Zustimmung hat aber bezüglich der Leistungen keine konstitutive Wirkung, sondern stellt ein Kontrollinstrument für WZW dar.

Ad Territorialitätsprinzip (Art. 34 KVG)

Gemäß diesem Prinzip können die Versicherer grundsätzlich nur die Kosten für in der Schweiz erbrachte Leistungen übernehmen; freilich wird dieser Grundsatz durch diverse Ausnahmeregelungen eingeschränkt und gelockert, dies hauptsächlich infolge des Freizügigkeitsabkommens mit der EU/EFTA.

Ad Legalitätsprinzip (BGE 134 V 83, E. 4.1)

Das Legalitätsprinzip (Gesetzmassigkeitsprinzip) bedeutet, dass sich Verwaltungshandeln auf ein Gesetz stützen muss. Die Krankenversicherung ist ein Teil der Bundesverwaltung. Die Leistungskataloge von Gesetz (KVG) und Verordnung (KLV und Anhänge) sind zwingend und abschließend. *Die Versicherer dürfen im Rahmen der OKP keine freiwilligen Leistungen erbringen.* Die OKP kennt keine Kulanz. Zusatzleistungen können nur über die private Zusatzversicherung erbracht werden.

Das Legalitätsprinzip wird aufsichtsrechtlich überwacht. Das BAG beaufsichtigt die OKP, die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) das VVG.

Exkurs Untersuchungsprinzip: Da wir uns in der OKP und damit im öffentlichen Recht bewegen, gilt das Untersuchungsprinzip (oder *Offizialmaxime*). Was heisst das? Nach diesem Prinzip haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die *richtige und vollständige Abklärung des Sachverhaltes* zu sorgen (BGE 117 V 282 E. 4a).

Dies gilt im Bereich der OKP auch für den **Krankenversicherer**: Er «nimmt die *notwendigen Abklärungen* von Amtes wegen vor und holt die *erforderlichen Auskünfte* ein» (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Kommt ein Fall vor Gericht, so stellt das **Versicherungsgericht** unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest und erhebt die notwendigen Beweise (Art. 61 lit. c ATSG).

Rahmenkatalog des Krankenversicherungsgesetzes (Art. 24-31 KVG)

Grundsatz (Art. 24 KVG):

Die OKP übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäß den Artikeln 25-31 KVG nach Maßgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

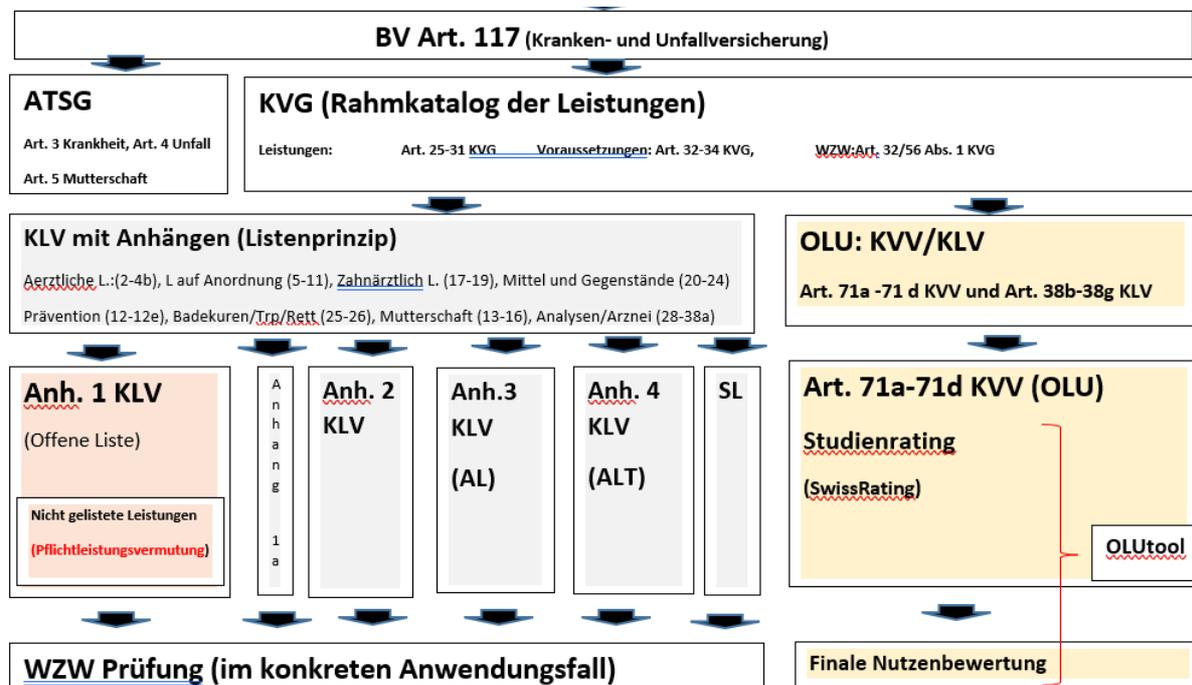
Leistungen gemäß Art. 25-31 KVG (Rahmenkatalog)

1. Allgemeine Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG)
2. Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a KVG)
3. Medizinische Prävention (Art. 26 KVG)
4. Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG)
5. Unfälle (Art. 28 KVG)
6. Mutterschaft (Art. 29 KVG)
7. Straffloser Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG)
8. Zahnärztliche Behandlungen (Art. 31 KVG)

Voraussetzungen gemäß Art. 32-34 KVG (Prinzipien)

1. Voraussetzungen (WZW, Art. 32 KVG)
2. Bezeichnung der Leistungen (Delegation an Bundesrat, Art. 33 KVG)
3. Umfang der Leistungen (Listenprinzip, Art. 34 KVG)

Übersicht:



Zu den einzelnen Leistungsbereichen des KVG

Allgemeine Leistung bei Krankheit (Generalklausel von Art. 25 KVG)

Gemäß Art. 25 Abs. 1 übernimmt die OKP die Kosten für die Leistungen, die der **Diagnose** oder **Behandlung** einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (=Generalklausel).

Diagnose einer Krankheit

Diagnostische Maßnahmen sind kassenpflichtig, wenn sie der Klärung einer manifesten Erkrankung oder eines konkreten Krankheitsverdachts dienen. Nicht primär zum Zwecke einer möglichen Therapie unternommene Abklärungen sind keine Pflichtleistungen (wie z.B. Blutalkoholtests, Feststellung der Todesursache, Einstellungs- und Tauglichkeitsabklärungen).

Behandlung einer Krankheit

Krankheitsbehandlung setzt das Vorliegen einer Krankheit oder einer konkret drohenden Gesundheitsstörung voraus; sie muss therapeutischen Charakter haben. Eine Behandlung kann *kurativ*, *symptomatisch* oder auch *palliativ* sein.

Krankheitswert

Grundsätzlich ist Krankheit ein pathologischer Prozess, ein von der Regel oder Norm abweichender Körper- oder Geisteszustand; die gesundheitliche Beeinträchtigung muss aber ein Mindestmaß erreichen, um Krankheitswert zu erlangen (K1/05 E.1.2).

Der Begriff Krankheitswert wird im KVG oder den nachfolgenden Verordnungen und Anhängen nicht definiert; Die Rechtsprechung hat sich dazu geäußert und den Begriff im Einzelfall konkretisiert; so kann z.B. ein entstellender Befund Krankheitswert erreichen oder ein Befund, der die Funktionalität des Versicherten im Alltag erheblich einschränkt.

Kriterien für Krankheitswert (Big V):

Anhand der nachfolgenden Kriterien kann der Krankheitswert überprüft werden:

- Entstellender Befund?
- Schmerzen?
- Funktionalität im Alltag eingeschränkt?
- Arbeitsfähigkeit betroffen?
- Psychische Gründe?

Cave: Krankheit gemäß Art. 3 ATSG ist ein *Rechtsbegriff* und deckt sich nicht mit dem medizinischen Krankheitsbegriff. Es ist daher zu unterscheiden zwischen Rechtsfragen und Tatfragen. Zu Rechtsfragen darf sich der VA nicht äußern, sondern nur zu Tatfragen.

Ambulante Behandlung

Eine Behandlung ist ambulant, wenn sich der Patient von seinem Wohn- oder Aufenthaltsort zu Behandlung in die Behandlungsräume des Leistungserbringers begibt und gleichentags an seinen Wohn- oder Aufenthaltsort zurückbegibt (BGE 116 V 123 E. 2c)

Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlung liegt dann vor, wenn sich der Versicherte während mehr als 24 Stunden unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes in einer Heilanstalt zur Behandlung befindet. Der Verbleib im Spital über Nacht verwandelt ambulant in stationär, auch wenn der Aufenthalt weniger als 24 Stunden gedauert hat.

Spitalbedürftigkeit

Die Spitalbedürftigkeit ist im vertrauensärztlichen Alltag ein sehr wichtiger Begriff, der nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung dann anzunehmen ist, wenn:

- Die Behandlung wegen der apparativen und personellen Anforderung notwendigerweise im Spital zu erfolgen hat,
- Die ambulante Behandlung erfolglos verlaufen ist,
- diagnostische Abklärungen Spitalbedingungen erfordern,
- besondere Lebensumstände es erfordern

Zur Abgrenzung Rehabilitation-Kur siehe auch BGE 126 V 323

Weitere Leistungen gemäß Art. 25 KVG

- Untersuchung, Behandlung und *Pflegemassnahmen*, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden;
- ärztlich verordnete (oder von Chiropraktoren verordnetet) *Analysen, Arzneimittel*, und der Untersuchung oder Behandlung dienende *Mittel und Gegenstände*;
- *Beitrag* an ärztlich durchgeführt oder angeordnete *Badekuren*;
- ärztlich durchgeführte oder angeordnete Maßnahmen der *Rehabilitation*;
- *Aufenthalt im Spital* entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- *Aufenthalt bei Entbindung* in einem Geburtshaus;
- Beitrag an medizinisch notwendige *Transportkosten* sowie an die *Rettungskosten*;
- *Leistungen der Apotheker* bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln

Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a KVG)

Die OKP leistet einen *Beitrag* an die Pflegeleistungen, die ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder auch in Pflegeheimen erbracht werden.

Die Behandlung und Pflege von Langzeitpatienten in Pflegeheimen fallen krankensicherungsrechtlich nicht mehr unter den Begriff stationäre Behandlung (Art. 50 KVG). Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim muss die OKP die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege oder der Pflege zu Hause vergüten. Solche vom Krankenversicherer zu leistende Beiträge dürfen nur nach einer Bedarfsabklärung sowie auf ärztliche Anordnung geleistet werden. Mittels Bedarfserfassungsinstrumente (BESA oder

RAI-RUG) wird der Bedarf ermittelt und die OKP bezahlt einen bestimmten Betrag pro Pflegestufe bei insgesamt 12 Pflegestufen.

Der eigentliche Aufenthalt im Pflegeheim (sogenannte Hotellerie- oder Pensionskosten für Verpflegung, Reinigung und Unterhalt) wird den Heimbewohnern in Rechnung gestellt. Subsidiär kommen *Ergänzungsleistungen* oder die *Sozialhilfe* zum Tragen.

Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden während längstens 2 Wochen übernommen (Pauschalen).

Medizinische Prävention (Art. 26 KVG)

Die OKP übernimmt Kosten nur für *bestimmte* Untersuchungen. (Art. 12 KLV zählt diese Leistungen *abschließend* auf); es handelt es sich um eine *Positivliste*.

Prävention: d.h. es liegen keine Indizien oder Kennzeichen für eine Erkrankung vor.

Diagnostische Maßnahmen: Dienen der Klärung einer manifesten Krankheit oder eines konkreten Krankheitsverdachts (kassenpflichtig).

Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG)

OKP übernimmt bei Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Unfälle (Art. 28 KVG)

Die OKP übernimmt bei Unfällen gemäß Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Mutterschaft (Art. 29 KVG)

Obwohl eigentlich die normal verlaufende Schwangerschaft keine Krankheit darstellt, übernimmt die OKP abschließend gewisse Leistungen, so:

- Kontrolluntersuchungen;
- Entbindung;
- Stillberatung;
- Kosten des gesunden Neugeborenen.

Strafloser Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG)

Bei straflosem Schwangerschaftsabbruch nach Art. 119 des Schweizerischen Strafbuches (StGB) übernimmt die OKP die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Einleitung/Rechtscharakter

Die KLV ist eine Verordnung des EDI. Sie hat den Rechtscharakter einer *Ausführungsverordnung* und stützt sich auf das Krankenversicherungsgesetz.

Aufbau

Die KLV ist in 3 Titel unterteilt (*Leistungen, Voraussetzung der Leistungserbringung, Schlussbestimmungen*): Im für den Vertrauensarzt zentralen Bereich Leistungen werden in 8 Kapiteln die vergütungsfähigen Leistungen aufgelistet beziehungsweise näher konkretisiert.

Erstes Kapitel: ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen

Ärztliche Psychotherapie (Art. 2-3b KLV, Art. 33 lit. a KVG)

- 3 Hauptverfahren, für die WZW anerkannt ist: Psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie
- Grundsätzlich höchstens 40 Sitzungen; Fortsetzung nur nach Bericht an den VA
- Berichterstattung bei Fortsetzung: a) Art der Erkrankung, b.) Art, Setting und Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Beratung, c.) Vorschlag über Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, und Setting und voraussichtliche Dauer.
- Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (IPPB): schließt psychotherapeutische Gespräche ein, ist aber vorwiegend stützender Art und umfasst einen sozialpsychiatrischen Anteil, das Medikamenten Monitoring sowie beratende Maßnahmen. IPPB erfolgt nach den üblichen WZW-Kriterien.

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen (Art. 3c KLV)

- In diesem Artikel wird auf den neuen Anhang 1a der KLV verwiesen, wonach bestimmte Eingriffe nur noch im ambulanten Setting vergütet werden.

Von Chiropraktoren verordnete Leistungen (Art. 4 KLV)

- Pflichtleistungen sind von Chiropraktoren verordnete, genau umschriebene Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren und physiotherapeutische Leistungen.

Pharmazeutische Leistungen (Art. 4a KLV)

- Beratung beim Ausführen von ärztlichen Verordnungen
- Ausführung einer ärztlichen Verordnung außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt
- Ersatz von ärztlich verordnetem Originalpräparat durch preisgünstigeres Generikum
- Ärztlich verordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

Ärztliche komplementärmedizinische Leistungen (Art. 4b KLV)

- Neu in Kraft seit 1.8.2017
- Leistungen der Fachrichtung Akupunktur
- Leistungen der anthroposophischen Medizin

- Leistungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM)
- Leistungen der klassischen Homöopathie
- Leistungen der klassischen Phytotherapie.

Zweites Kapitel: Auf Anordnung oder im Auftrage eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

Grundprinzipien bei Behandlungen und Pflege auf ärztliche Anordnung:

- Beschränkte Sitzungsanzahl
- Beschränkte zeitliche Gültigkeit von Verordnungen
- Berichterstattung bei Fortsetzung

Physiotherapie (Art. 5 KLV)

- ärztliche Verordnung
- Maßnahmen der Untersuchung und Abklärung, der Behandlung, Beratung und Instruktion (aktiv/passiv, manuell, detonisierend, Atemtherapie, MTT, lymphologisch, Wassertherapie, Hippotherapie, Herz-KL-Physiotherapie)
- Physikalische Maßnahmen: Wärme/Kälte, Elektro, Licht, Ultraschall, Hydro, Muskel- und Bindegewebemassage
- Einzel- und (teilweise) Gruppentherapie
- MTT: dauert max. 3 Monate
- Berichterstattung an die Vertrauensärztin, wenn mehr als 36 Sitzungen gefordert

Ergotherapie (Art. 6 KLV)

- ärztliche Verordnung
- bei somatischen oder im Rahmen von psychiatrischen Behandlungen
- Berichterstattung an die Vertrauensärztin, wenn mehr als 36 Sitzungen gefordert
- Probleme: Langzeitergotherapie, F82-Diagnosen (psychomotorische Störungen, vgl. auch Score-Blatt); grundsätzlich sind motorische Störungen bei Kindern häufig; sie können grundsätzlich durch Förderunterricht in kleinen Gruppen, Besuch von Einführungsklassen oder auch gezielte Freizeitaktivitäten behandelt werden. Eine Störung im somatischen Sinne liegt erst vor, wenn es sich um eine schwerwiegende Störung handelt, die ihn in seinen alltäglichen Verrichtungen erheblich beeinträchtigt (BGE 130 V 284 ff.).

Pflege (ambulant, oder im Pflegeheim, Art. 7-9 KLV)

- Leistungsumfang:
 - Maßnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)
 - Maßnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)
 - Maßnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)
- Fixe Beiträge (Art. 7a KLV)
- Weitere Leistungsvoraussetzungen: Pflegefachleute erforderlich, ambulant oder in Pflegeheim
- Akut- und Übergangspflege (Art. 7b KLV)
- Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung (Art. 8 KLV)
- Kontrollverfahren; VA-Überprüfung bei >60 Std. Bedarfsermittlung pro Quartal (Art. 8c KLV)

CAVE: Für die Grundpflege können neuerdings gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 145 V 161) auch Angehörige angestellt werden.

Ernährungsberatung (Art. 9b KLV)

- auf ärztliche Verordnung
- Bei bestimmten Krankheiten: Stoffwechselkrankheiten, Adipositas (BMI>30), Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems, Nierenerkrankungen, Fehl- oder Mangelernährungszustände, Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile
- Initial 6 Behandlungen
- Bericht an die Vertrauensärztin, wenn mehr als 12 Behandlungen gefordert werden

Diabetesberatung (Art. 9c KLV)

- auf ärztliche Verordnung
- durchgeführt von Pflegefachleuten mit spezieller Ausbildung
- umfasst Beratung und Schulung
- Übernahme von höchstens 10 Sitzungen
- Bericht an die Vertrauensärztin, wenn mehr als 10 Sitzungen gefordert werden

Logopädie (Art. 10-11 KLV)

- ärztliche Verordnung
- Behandlungen von Störungen der Sprache, Artikulation, der Stimme und des Redeflusses aufgrund von organischer Hirnschädigung oder wegen eines phoniatriischen Leidens
- Erstmalig 12 Sitzungen
- Beginn innerhalb von 3 Monaten seit ärztlicher Verordnung
- Bericht an die Vertrauensärztin, wenn mehr als 60 Behandlungen gefordert werden

Neuropsychologie (Art. 11a KLV)

- ärztliche Anordnung
- diagnostische Leistungen
- nur von zugelassenen Fachpersonen (Art. 50b KVV) oder Organisationen (Art. 52d KVV)
- höchstens 6 Sitzungen je ärztliche Anordnung
- höchstens 2 ärztliche Anordnungen pro Patienten/Jahr

Psychologische Psychotherapie (Art. 11b KLV, seit 1.7.2022)

CAVE: Seit dem 1. Juli 2022 ist die psychologische Psychotherapie (NPP) neu geregelt: Zugelassene psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PPT) können seither ihre Leistungen selbständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen, falls die Behandlung von einer zur Anordnung berechtigten Ärztin oder einem zur Anordnung berechtigten Arzt verordnet wurde (Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell).

- Voraussetzungen: Kantonale Berufsausübungsbewilligung (Art. 50c lit. a KVV)
- Klinische Erfahrung (Art. 50c lit. b KVV)
- Pro Anordnung max. 15 Sitzungen
- Berichterstattung an Vertrauensarzt bei mehr als 30 Sitzungen

Podologie (Art. 11c KLV)

- auf ärztliche Anordnung hin
- Bei Diabetes-Patienten mit bestimmten Risikofaktoren für Fuß-Syndrom
- Pro Kalenderjahr 4 (ohne PAVK) oder 6 (mit PAVK) Sitzungen

Drittes Kapitel: Maßnahmen der Prävention (Art. 12, 12a, 12b, 12c, 12d, 12e KLV)

CAVE: Es handelt sich hier um eine abschliessende Positivliste mit folgenden Leistungen:

- Prophylaktische Impfungen (Art. 12a KLV)
- Maßnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (Art. 12b KLV)
- Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (Art. 12c KLV)
- Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen (Art. 12d KLV: HIV-Test, Koloskopie, Hautuntersuchungen, Mammographie, In-Vitro-Muskelkontrakturtest für Maligne Hyperthermie, Genetische Untersuchungen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebserkrankung (hereditäres Brust- oder Ovarialkrebssyndrom, Polyposis Coli, HNPCC, Retinoblastom); genetische Abklärungen bei best. Porphyrien)
- Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung (Art. 12e KLV: Screening-Untersuchungen Neugeborene, Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Screening-Mammographie, Früherkennung Kolonkarzinom)

Viertes Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft (Art. 13-16 KLV)

CAVE: auch hier handelt es sich um eine abschliessende Positivliste mit folgenden Leistungen:

- Kontrolluntersuchungen (Art. 13 KLV; vertrauensärztlich problematisch sind ETT, NIPT bei über 35-Jährigen, genetische Untersuchungen bei unklarem Ultraschallbild)
- Geburtsvorbereitung (Art. 14 KLV)
- Stillberatung (Art. 15 KLV)
- Leistungen der Hebammen (Art. 16 KLV)

Fünftes Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen (Art. 17-19 KLV)

CAVE: auch das ist eine abschliessende Positivliste!

- Grundsätzlich sind zahnärztliche Behandlungen keine Pflichtleistungen, es sei denn im Rahmen von Art. 31 KVG (Positivliste: nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems, durch schwere Allgemeinerkrankung bedingt, zur Behandlung einer schweren, Allgemeinerkrankung, unfallbedingte Schäden)
- Erkrankungen des Kausystems (Art. 17 KLV)
- Allgemeinerkrankungen (Art. 18 KLV)
- Zahnärztliche Behandlungen (Art. 19 KLV)
- Geburtsgebrecen (Art. 19a KLV)
- Narkose bei zahnärztlichen Behandlungen (Art. 19b KLV)

Sechstes Kapitel: Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 20-24 KLV, MiGeL = Anhang 2 KLV)

- Grundsatz in Art. 20: Mittel und Gegenstände auf Anordnung einer Ärztin einer Abgabestelle (Art. 55 KVV) abgegeben. Die Mittel/Gegenstände müssen von der versicherten Person *selbst* oder mit Hilfe einer nichtberuflichen Person, die an der Untersuchung/Behandlung mitgewirkt hat, oder im Rahmen einer Pflegeleistung gemäß

Art. 25a KLV angewendet werden können. Implantierte Endoprothesen fallen also nicht darunter.

- Liste der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen (MiGeL, Art. 20a KLV); abschliessende Positivliste.
- Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) als vorberatendes Gremium
- Limitierungen
- *Höchstbetrag* für Vergütung (Miete/Kauf)

Siebtes Kapitel: Beitrag an Kosten der Badekuren sowie Transport- und Rettungskosten

- Beitrag an ärztlich verordnete Badekuren (Art. 25 KLV): Höchstbetrag von Fr. 10/Tag während höchstens 21 Tagen
- Beitrag an die Transportkosten (Art. 26 KLV): Begrenzt auf 50 % der Kosten für medizinisch indizierte Krankentransporte
- Beitrag an Rettungskosten (Art. 26 KLV): Versicherung übernimmt 50% der Rettungskosten, maximal Fr. 5000/Kalenderjahr.

Achtes Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste (AL)

Analysenliste (Art. 28 KLV)

- Verweis auf Analysenliste (AL) als Anhang 3 der KLV; die AL ist eine abschliessende Positivliste
- Gesamtliste wird jährlich herausgegeben

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)

- Analysenliste mit Tarif (Art. 29 KLV)
- Verweis auf Arzneimittellisten mit Tarif (ALT) als Anhang 4 der KLV
- Jährliche Veröffentlichung

3. Abschnitt: Spezialitätenliste (Art. 30-38a KLV)

- Grundsatz: Art. 30 KLV
- Aufnahmeverfahren in SL (Art. 30a-31b KLV)
- Wirksamkeit/Zweckmäßigkeit/Therapeutischer Quervergleich/Auslandpreisvergleich/Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle 3Jahre/Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen/Indikationserweiterungen/Indikationsbeschränkungen/Überprüfungen/Rückerstattungen der Mehreinnahmen/Selbstbehalt bei Arzneimitteln; Art. 32-38a KLV); siehe auch Handbuch des BAG betreffend die Spezialitätenliste (SL).

4. Abschnitt: Selbstbehalt bei Arzneimitteln (38a KLV)

5. Abschnitt: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall

- Bewertung des therapeutischen Nutzens (Art. 38b KLV)
- Übernahme der Kosten aufgrund des therapeutischen Nutzens des Arzneimittels
- Preisabschläge auf Arzneimittel der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung im Rahmen von Art. 71a Abs. 1 lit. b KVV
- Preisabschläge auf durch die Swissmedic zugelassene nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen Arzneimittel im Rahmen von Art.

Anhänge der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV)

Anhang 1 KLV

Einleitende Bemerkungen

Anhang 1 der KLV ist eine *offene* Liste. Er enthält Leistungen, deren WZW grundsätzlich von der zuständigen Kommission (Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen, ELGK) geprüft wurde und deren Kosten:

- übernommen
- nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder
- gar nicht übernommen werden.

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1 KLV

1. Chirurgie
 - 1.1 Chirurgie allgemein und diverse
 - 1.2 Transplantationschirurgie
 - 1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates
 - 1.4 Chirurgie der Wirbelsäule
 - 1.5 Urologie
 - 1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
2. Innere Medizin
 - 2.1 Innere Medizin allgemein und diverse
 - 2.2 Kardiologie
 - 2.3 Neurologie
 - 2.4 Rheumatologie
 - 2.5 Onkologie und Hämatologie
3. Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin
4. Pädiatrie
5. Dermatologie
6. Ophthalmologie
7. Oto-Rhino-Laryngologie
8. Psychiatrie und Psychotherapie
9. Radiologie, Radio-Onkologie/Strahlentherapie und Nuklearmedizin
 - 9.1 Diagnostische Radiologie
 - 9.2 Interventionelle Radiologie
 - 9.3 Radio-Onkologie/Strahlentherapie
 - 9.4 Nuklearmedizin
10. Komplementärmedizin
11. Rehabilitation
12. Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie

Tip: Anhang 1 ändert ständig; daher immer die aktuellen Listen im Internet konsultieren (www.bag.admin.ch)

Auswahl von Referenzdokumenten des BAG zu Anhang 1 KLV

- 01.1 Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht (Medizinische Richtlinien);
- Faktenblatt der MTK betreffend Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk;
- Richtlinien der SMSSNM (Swiss Society for Sacral Neuromodulation)

Pflichtleistungsvermutung von nicht gelisteten Leistungen

Das Konzept von Art. 33 Abs. 1 KLV beruht auf der gesetzlichen, im einzelnen Behandlungsfall widerlegbaren Pflichtleistungsvermutung, wonach Ärzte und Chiropraktoren wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erbringen. Nicht in Anhang 1 der KLV gelistete Leistungen geniessen die Vermutung, dass sie den Anforderungen von WZW genügen.

Der Krankenversicherer kann die Kostenübernahme verweigern, gestützt auf die Einzelfallbeurteilung durch den zuständigen Vertrauensarzt.

Anhang 1a KLV

Der Anhang 1a der KLV enthält die Liste der nach Artikel 3c KLV grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffe (Ziff. I) und die Kriterien (Ziff. II) zugunsten einer stationären Durchführung und bezeichnet die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

Unter Ziffer I sind 18 Gruppen von Eingriffen aus acht Fachgebieten (Ophthalmologie, Bewegungsapparat, Kardiologie, Gefässe, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Urologie, HNO) aufgeführt. Die konkreten Eingriffe sind jeweils anhand von CHOP-Kodes bezeichnet. Es kommt der im jeweiligen Behandlungsjahr gültige CHOP-Kode zu Anwendung (der Verweis in Anhang 1a KLV wird entsprechend regelmässig aktualisiert). Eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe ist möglich, wenn besondere Umstände dies erfordern.

II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung

Unter Ziffer II finden sich Ausnahmekriterien, welche die besonderen Umstände beschreiben. Es sind dies meistens relevante Begleiterkrankungen aber auch sogenannte «weitere Gründe». Die Ausnahmekriterien sind aufgeteilt in zwei Gruppen: allgemeine und eingriffsspezifische Ausnahmekriterien. Allgemeine Ausnahmekriterien entsprechen generellen Kriterien, die grundsätzlich bei allen Eingriffen angewendet werden können. Bei einzelnen bezeichneten Eingriffen weichen bei diesen Kriterien aufgeführte Schwellwerte von den generellen Schwellenwerten ab. Die entsprechend angepassten Werte sind bei den eingriffsspezifischen Ausnahmekriterien aufgeführt. Zudem beinhalten eingriffsspezifische Kriterien zusätzliche nur für den betreffenden Eingriff massgebende Ausnahmen.

Anhang 2 KLV: Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)



Einleitung

Die MiGeL ist eine *Positivliste*, die als Anhang 2 der KLV diejenigen Mittel und Gegenstände aufführt, die von der OKP als Pflichtleistungen zu vergüten sind. Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (*EAMGK*) berät bezüglich der Aufnahme von Mitteln und Gegenständen in die MiGeL.

Die MiGeL wird vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) veröffentlicht. Eine Gesamtliste erscheint jährlich; Änderungen werden im Internet des BAG publiziert. Rechtliche Bestimmungen zu den Mittel und Gegenständen finden sich in Art. 20-24 KLV.

Wo im speziellen Fall die Bedingung für die Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung gegeben ist (IV, UV, MV), gehen die Leistungen dieser Versicherung vor.

Aufnahmeprozedere: Interessierte Personen melden an Sekretariat, Anträge werden der EAMGK vorgelegt, EAMGK gibt Empfehlung ab, EDI entscheidet. (Evtl. Kopie von Ablaufschema; vgl. BAG-Homepage)

Voraussetzungen für Vergütung

- Produktebeschreibung entspricht MiGeL-Position
- Mittel/Gegenstand auf Schweizer Markt zugelassen
- Mittel/Gegenstand erfüllt den therapeutischen Zweck oder den Zweck der Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen
- Durch Arzt oder Chiropraktoren verordnet
- Von zugelassener Abgabestelle direkt an Versicherten abgegeben
- Die Mittel können von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Besonderheiten der MiGeL

- Höchstvergütungsbetrag
- Möglichkeit der Limitierungen (Menge, Dauer der Verwendung, medizinische Indikation, Alter des Versicherten)
- In den Körper implantierbare werden nicht in der MiGeL aufgeführt
- Meist Kauf oder Miete
- Unterhalts- und Anpassungskosten sind im Mietpreis inbegriffen

Produktgruppenübersicht (Stand 1.7.2025)

- 01 Absauggeräte
- 03 Applikationshilfen
- 05 Bandagen
- 06 Bestrahlungsgeräte
- 09 Elektrostimulationsgeräte
- 10 Gehhilfen
- 13 Hörhilfen
- 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 15 Inkontinenzhilfen
- 16 Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel
- 17 Kompressionstherapiemittel
- 21 Mess-Systeme für Körperzustände/- Funktionen
- 22 Fertigorthesen
- 23 Massorthesen
- 24 Prothesen
- 25 Sehhilfen
- 26 Orthopädische Schuhe
- 29 Stoma Artikel
- 30 Therapeutische Bewegungsgeräte
- 31 Tracheostoma-Hilfsmittel
- 35 Verbandsmaterial
- 36 Künstliche Ernährung
- 99 Verschiedenes

Beispiele

- CGM (Kontinuierliches Glucose Monitoring): Position 21.05
- Stoma Material: Position 29.
- Unterkiefer-Protrusionssorthese
- Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände: Position 34.06
- Medikamenten-Dosierbox: Position 99.5

Anhang 3 KLV: Analysenliste (AL)



Einleitung

Die Analysenliste enthält diejenigen Analysen, die von der OKP übernommen werden; es handelt sich um eine *Positivliste*. Neue Anträge werden erst von der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (*EAMGK*) geprüft und dem EDI zur Aufnahme in die AL empfohlen. Über die Aufnahme entscheidet das EDI. Änderungen werden im Internet des BAG publiziert. Die Gesamtlisliste wird einmal jährlich publiziert.

Die AL wird *nur bei ambulanter Behandlung* angewendet, bei stationärer Behandlung fällt sie grundsätzlich in die Sitzungspauschale (Art. 49 KVG).

Die AL wurde auf 2021 grundlegend überarbeitet und an den aktuellen Stand der Wissenschaft und Labortechnik angepasst. Zusätzlich wurde der Analysenliste erstmals ein Handbuch beigelegt

Struktur der neuen AL (Stand 1.7.2025)

Kapitel A: Chemie/Hämatologie/Immunologie

Kapitel B: Medizinische Genetik

B0: Generelle Methoden und Zuschläge

B1: Chromosomale konstitutionelle Untersuchungen

B2: Konstitutionelle molekulargenetische Untersuchungen

B2.1: Blut, Gerinnung Immunsystem

B2.2: Haut-, Bindegewebe-, Knochenkrankheiten

B2.3: Metabolische und endokrine Erkrankungen

B2.4: Erbliche Tumorerkrankungen

B2.5: Motorische und/oder kognitive Störungen

B2.6: Syndrome

B2.7: Urogenitalsystem, Fertilitätsstörungen, Sterilität

B2.8: Krankheiten der Sinnesorgane

B2.9: Sonstige, nicht gelistete, seltene Erkrankungen

B3: Zytogenetische somatische Untersuchungen

B4: Molekulargenetische somatische Erkrankungen

	B5: Weitere genetische Untersuchungen
	B6: Typisierungen
	B7: Nicht invasive pränatale Untersuchungen
Kapitel C:	Mikrobiologie
	C1: Virologie
	C2: Bakteriologie/Mykologie
	C3: Parasitologie
Kapitel D:	Allgemeine Positionen

Relevanz der einleitenden Bemerkungen

Diese der eigentlichen AL vorgelagerten Bemerkungen sind sehr wichtig und betonen nochmals den Charakter der AL als Positivliste sowie die Anforderung, dass Laboranalysen der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen müssen (Art. 25 Abs. 1 KVG) und sich auf das Maß zu beschränken haben, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 26 Abs. 1 KVG). Diese einleitenden Bemerkungen legen in Konkretisierung der Grundsätze von WZW fest, dass eine Analyse nur dann aus der OKP übernommen werden kann, wenn diese im konkreten Anwendungsfall **therapeutische Konsequenzen** hat.

Insbesondere muss die Diagnostik mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit die Konsequenz haben, dass sie

- einen Entscheid über Notwendigkeit und Art einer medizinischen Behandlung oder
- eine richtungsgebende Änderung der bisher angewendeten medizinischen Behandlung oder
- eine richtungsgebende Änderung der notwendigen Untersuchungen oder
- einen Verzicht auf weitere Untersuchungen von typischerweise zu erwartenden Krankheitssymptomen, Folgeerkrankungen oder Beschwerden zur Folge hat (so genannter *diagnostischer Endpunkt*)

Analysen, bei denen schon zum Zeitpunkt der Anordnung feststeht, dass das Resultat keine der oben erwähnten Konsequenzen hat, sind von der Kostenübernahme ausgeschlossen.

Pränatal durchgeführte Analysen der Analysenliste gelten dann als Pflichtleistung, wenn sie gemäß Art. 13 bbis, bter und d KLV durchgeführt werden.

Präsymptomatische Untersuchungen oder **prädiktive Untersuchungen** bei Gesunden zur Erkennung einer Krankheitsveranlagung gelten nur dann als Pflichtleistung, wenn die betreffende Untersuchung als solche in der Analysenliste enthalten und aus als Maßnahme der Prävention in Art. 12d lit. f KLV aufgeführt ist.

Maßnahmen **zur Erkennung einer Anlageträgerschaft** bei Gesunden im Hinblick auf die Vererbungsmöglichkeit auf die Nachkommen stellen keine als Pflichtleistung zu vergebende Analysen dar.

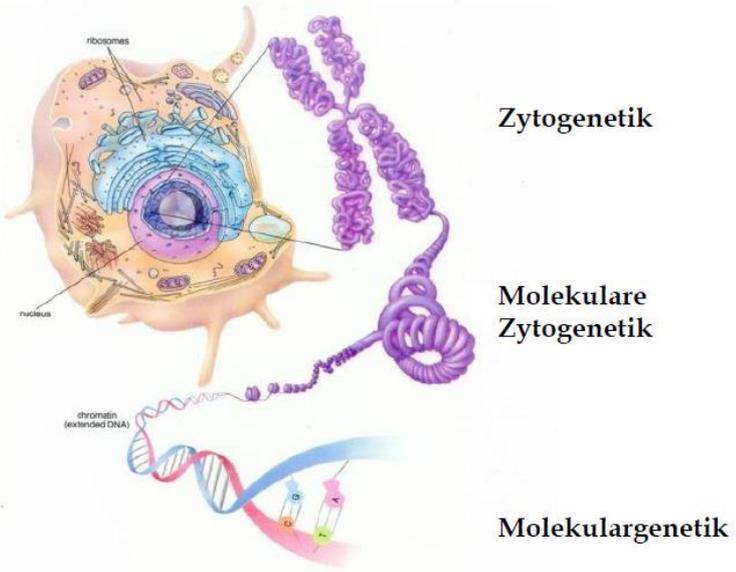
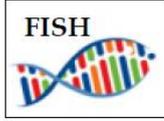
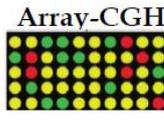
Bei einer verstorbenen Person durchgeführte Laboranalysen fallen im Prinzip, unabhängig von der Todesursache, nicht unter Art. 25 und 56 Abs. 1 KVG. Sie werden von der OKP nicht übernommen.

Ausgenommen sind Laboranalysen beim toten Embryo, Fötus oder totgeborenem Kind, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen nach Artikel 25 Absatz 1 KVG bei der Mutter und/oder bei einem überlebenden Zwilling dienen.

Auswahl wichtiger Referenzdokumente zu Anhang 3 KLV

- Liste der gängigen pharmakologischen Tests
- Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für medizinisch Genetik (SGNM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauensärzte (SGV) betreffend Beurteilung von Anträgen zur Vergütung einer Orphan Disease in der Analysenliste

Exkurs: Spektrum und Auflösung der genetischen Untersuchungen

Methode	Auflösung	
Karyotypisierung 	5-10 Mio bp	
FISH 	> 500'000 bp	
Array-CGH 	> 100'000 bp	
Sequenzieren 	1-100 bp	

Anhang 4 KLV: Arzneimittel mit Tarif (ALT)/Spezialitätenliste (SL)



Vorbemerkungen/wichtige Begriffe/Wichtige Player

Arzneimittel

Der Begriff Arzneimittel wird im Heilmittelgesetz in Art. 4 etwas umständlich definiert: *Arzneimittel sind Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte.*

Swissmedic

Swissmedic ist eine öffentlich-rechtliche Einheit des Bundes und ist die Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Heilmittel (Arzneimittel und Medizinprodukte); sie sorgt dafür, dass die zugelassenen Heilmittel qualitativ einwandfrei, wirksam und sicher sind. Die Zulassung bedeutet aber nicht, dass ein Medikament auch vergütet wird.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das BAG ist – nach Vorberatung und Empfehlung durch die eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) – zuständig für die Aufnahme von Medikamenten in die Spezialitätenliste (SL).

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Das EDI erlässt – nach Vorberatung und Empfehlung durch die EAK – die Arzneimittel-liste mit Tarif (ALT), die von der OKP bezahlt werden. Diese ALT hat jedoch – im Gegensatz zur SL – keine große Bedeutung mehr.

Label/Off Label

Ein Arzneimittel erhält die Zulassung für einen umschriebenen Bereich („Label“). Findet ein Medikament nicht in dem Anwendungsbereich Anwendung, für das es von der Swissmedic zugelassen ist, spricht man auch von einem Off Label Use (OLU)

Orphan Drug

Wichtiges Arzneimittel gegen eine seltene Krankheit (weniger als 5 von 10'000 Personen betroffen). Es kann grundsätzlich nur vergütet werden, wenn es auf der SL gelistet ist. Ausnahmeweise ist auch die Vergütung über Art. 71b KVV möglich.

Orphan Status

Arzneimittel, das von Swissmedic im vereinfachten Zulassungsverfahren unterliegt.

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)

Die ALT ist als Anhang 4 der KLV aufgeführt. Die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) listet die von Apotheken in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe. Es handelt sich dabei um Rezepturarzneimittel, die in Apotheken für einen individuellen Patienten hergestellt werden. Diese Medikamente werden ebenfalls von der Grundversicherung übernommen. Die ALT definiert keine Indikationen für die Wirkstoffe. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Arzneimittelliste mit Tarif veraltet ist. Viele der dort aufgelisteten Substanzen sind obsolet, dafür fehlen wichtige Wirkstoffe, die heute als Magistralrezeptur eingesetzt werden, z.B. bei Lieferengpässen oder in der Pädiatrie.

Spezialitätenliste (SL)

Die Krankenkassen vergüten ein Arzneimittel im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) nur, wenn es von einem Arzt verschrieben wurde und es in der Spezialitätenliste (SL) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) aufgeführt ist. Nicht in der SL aufgeführte Arzneimittel müssen die Patienten selbst bezahlen oder sie werden ihnen von ihrer freiwillig abgeschlossenen Zusatzversicherung vergütet. Die Vergütung von Einzelfällen ist in Artikel 71 a-d KVV geregelt. In die SL nimmt das BAG nur von Swissmedic zugelassene Arzneimittel auf. Sie müssen zudem wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Für den Beleg der Wirksamkeit beachtet das BAG die Unterlagen, die für die Zulassung durch Swissmedic entscheidend waren. Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte, d.h. von Swissmedic anerkannte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet. Das BAG hört vor seinem Entscheid über die Aufnahme eines Arzneimittels in die SL in der Regel die *Eidgenössische Arzneimittel-Kommission (EAK)* an. Die Spezialitätenliste wird vom BAG erlassen.

SL-Limitation/Off-Limitation

Die SL-Limitation definiert unter welchen Voraussetzungen, ein Arzneimittel von der OKP vergütet wird. Die SL-Limitation kann den von Swissmedic definierten Anwendungsbereich (Label) zusätzlich einschränken. Soll ein Medikament ausserhalb der SL-Limitation aber im vom Swissmedic zugelassenen Bereich eingesetzt werden, spricht man auch von einem Off Limitation Use (gilt ebenfalls als OLU)

Vergütung der Medikamente: Regel und Ausnahme

Regel: Listenprinzip

Das KVG sieht für die Vergütung der Medikamente das Listenprinzip vor: Die OKP bezahlt nur Arzneimittel, die ärztlich verordnet sind, im Rahmen der zugelassenen Indikation (Swissmedic) verwendet werden.

Zusätzlich werden auch ärztlich verordnete Präparate bezahlt, die als Magistralrezepturen in der Apotheke bezahlt werden und deren Wirk- und Hilfsstoffe in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) enthalten sind. SL und ALT haben somit als Positivlisten gleichzeitig abschließenden als auch verbindlichen Charakter; es gilt das aus Art. 34 KVG abgeleitete Listenprinzip.

Grundsatz: Wenn feststeht, dass ein Präparat weder auf der SL noch auf der ALT enthalten ist, verbietet dies eine Leistungspflicht des Versicherers!

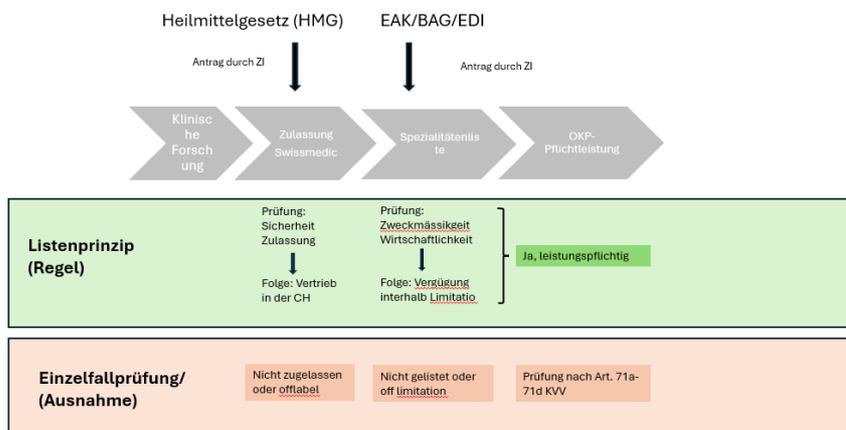
Ausnahme: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall nach Art. 71a -71d KVV

Ausnahmeweise kann über den Art. 71a-71d KVV ein Medikament vergütet werden, dass neben seinem ‚Label‘ verwendet wird, wir sprechen dann von Off Label Use (OLU). Die Anwendung dieses Artikels ist aber an sehr strenge Voraussetzungen und Anforderungen gebunden; dieser Artikel ist aber auch rechtlich nicht ganz unumstritten, weil er auf eigentlich untergeordneter Verordnungsstufe gegen Prinzipien des KVG verstößt, insbesondere das Listenprinzip und auch gegen den Tarifschutz.

Art. 71a-d KVV wurde aufgrund eines Bundesgerichtsentscheides im Jahre 2011 (BGE 130 V 532 E. 6.1) eingeführt. Die dort aufgeführten Bundesgerichtskriterien zum Off Label Use sowie dessen Vergütung wurden in der Krankenpflegeverordnung (KVV) verankert.

Übersicht: Regel und Ausnahme

Medikamentenprozess in CH: Regel und Ausnahme



WZW von Arzneimitteln

Wenn ein Präparat von der Swissmedic zugelassen ist, dann gilt es grundsätzlich als wirksam und zweckmässig. Wenn es auch noch auf der SL gelistet ist, kann von dessen Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden.

Beschränkung auf zugelassene Anwendungsbereiche

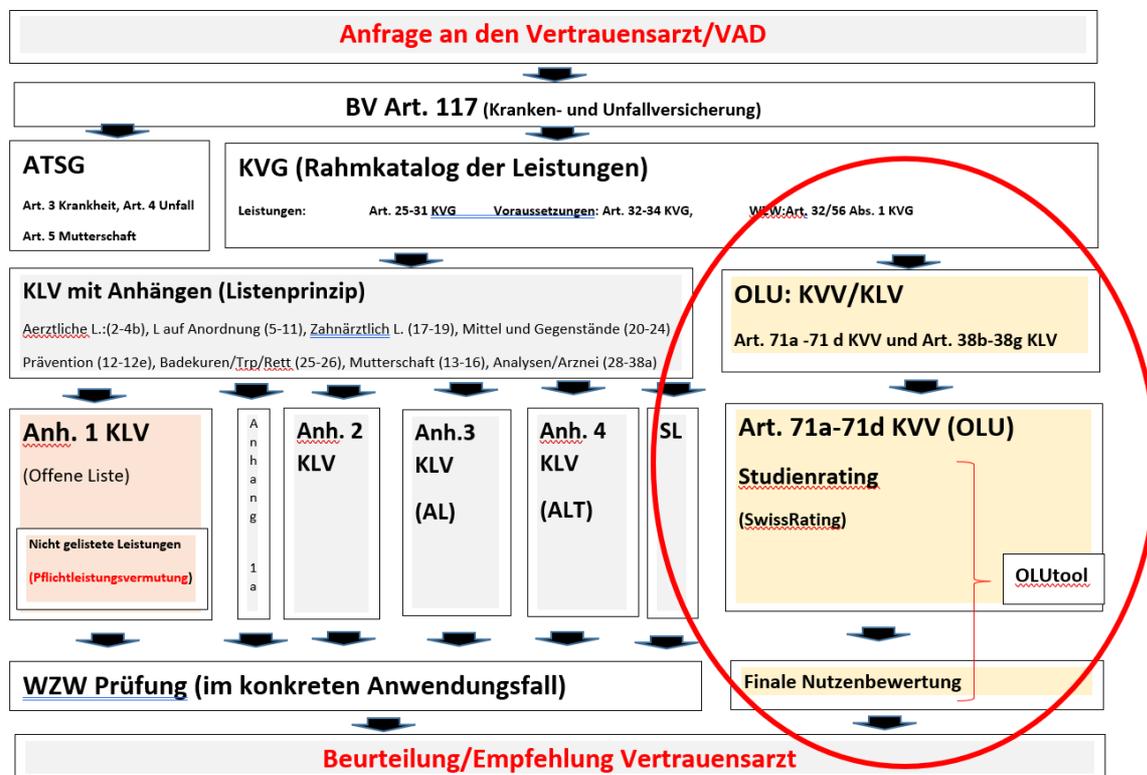
Pharmazeutische Spezialitäten sind nur kassenpflichtig, wenn sie der Arzt bei Indikationen und in den Grenzen der Anwendungsvorschriften verordnet, für die sie gemäß Swissmedic und SL nach Maßgabe von Limitationen zugelassen sind. Werden diese Grenzen nicht beachtet, liegt ein Off Label Use (OLU) vor.

CAVE: Hors Liste und LPPV

Hors Liste Medikamente (oder Nichtlistenpflichtige Produkte): Dabei handelt es sich um grundsätzlich von der Swissmedic zugelassene Medikamente, die aber weder auf der ALT noch auf der SL sind und daher keine Pflichtleistungen sind. Sie werden allenfalls im Rahmen von Zusatzversicherungen vergütet.

LPPV= Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung. Das sind Medikamente, die im Allgemeinen nicht von der OKP übernommen werden. Beispiele: Nahrungsergänzungsmittel, Multivitaminpräparate, Schwangerschaftstests.

Vergütung der Medikamente im Einzelfall (Art. 71a-71d KVV/Art. 38b-38g KLV)



Vorbemerkungen

Wie oben bereits erwähnt, dürfen Arzneimittel grundsätzlich nur vergütet werden, wenn sie auf der ALT oder auf der SL aufgeführt sind. SL-Arzneimittel müssen entsprechend Label und Limitation eingesetzt werden. Für die Wirkstoffe der ALT gibt es weder Label noch Limitation.

Mit der Einführung des Art. 71a-71d KVV im Jahre 2011 wurde dieses strenge Listenprinzip «aufgeweicht» mit dem Ziel, den Patienten in *Härtefällen* den Zugang zu notwendigen Medikamenten zu ermöglichen. In den letzten Jahren hat sich dieser Art. 71a-71d zur generellen Norm entwickelt, die Patienten einen frühen Zugang zu neuen innovativen lebenswichtigen Therapien ermöglicht und dem medizinischen Fortschritt gerecht wird.

Zu erwähnen ist, dass Art. 71a-71d KVV ausschließlich für *Medikamente* und nur für den *ambulanten* Bereich gelten. Eine Ausnahme bilden stationär angewandte Arzneimittel mit einem unbewerteten Zusatzentgelt gemäss SwissDRG. Für diese Arzneimittel stellen die Bestimmungen von Art. 71a-71d KVV die Grundlage für die Kostenübernahme. Die Anwendung und Problematik dieses Artikels ist ein Hotspot im vertrauensärztlichen Alltag.

Kriterien der ausnahmsweisen Vergütung

Eine ausnahmsweise Vergütung der OKP in einem konkreten Einzelfall besteht nur dann, wenn *bestimmte Kriterien* erfüllt sind:

- Behandlungskomplex (Art. 71a Abs. 1 lit. a KVV)
- Postexpositionsprophylaxe (Art. 71a Abs. 1 lit. c KVV)
oder
- Tödlich verlaufende oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigung besteht und
- Fehlende therapeutische Alternativen und
- Großer therapeutischer Nutzen erwartet (Art. 71a Abs. 1 lit. b KVV)

Art. 71a KVV

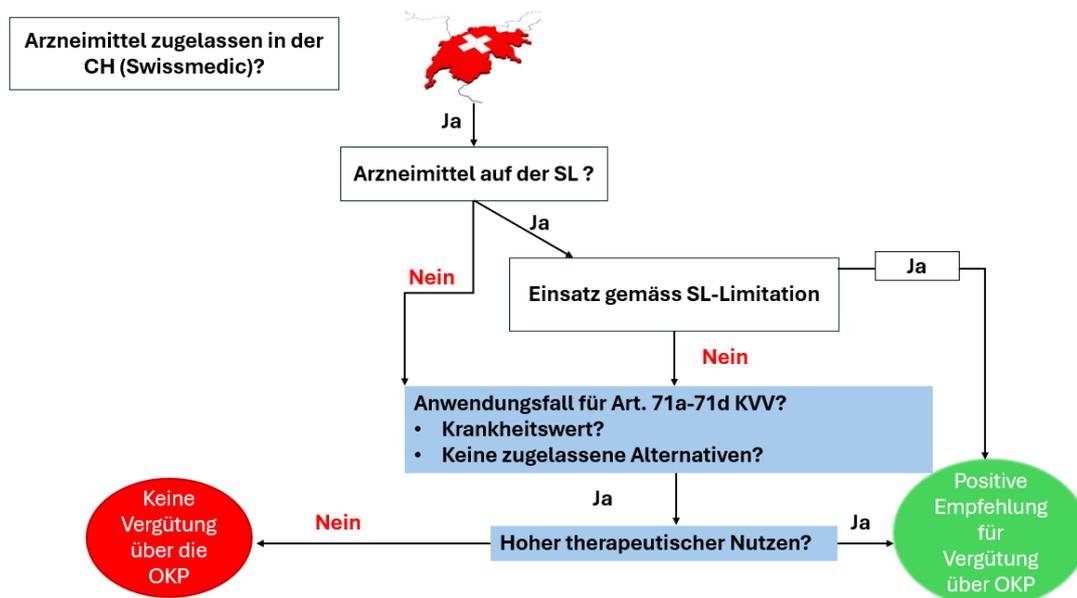
Regelt ausnahmsweise die Vergütung von Medikamenten im Einzelfall, wenn der Gebrauch

- außerhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformation erfolgt oder
- außerhalb einer in der SL verwendeten Limitation erfolgt. Eine Vergütung ist möglich, wenn die obgenannten Kriterien erfüllt sind.

Art. 71b KVV

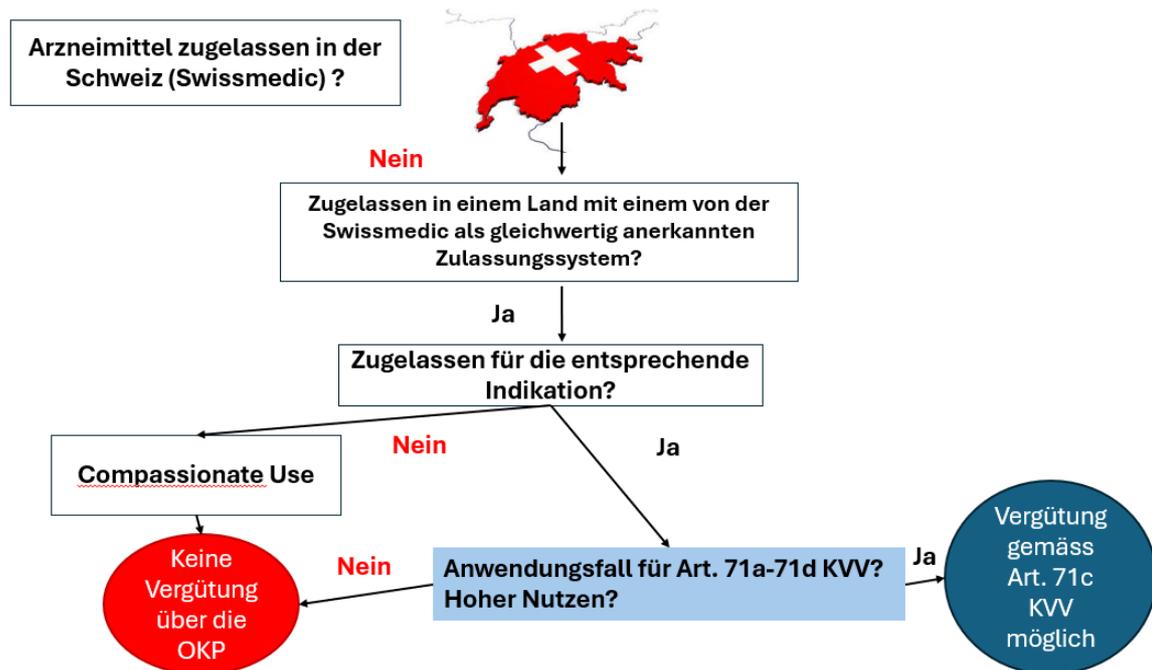
Darunter fallen Medikamente, die

- nicht in der SL gelistet und inner- oder außerhalb der Fachinformation der Swissmedic verwendet werden.
- Auch hier müssen für die Vergütung die obgenannten Kriterien erfüllt sein.



Art. 71c KVV

Darunter fallen Medikamente, die in der Schweiz nicht zugelassen sind, die aber die obgenannten Kriterien erfüllen, sofern dieses in einem anderen Land für die entsprechende Indikation zugelassen ist, welches eines von Swissmedic als gleichwertig anerkanntes Zulassungssystem aufweist.



Art. 71d KVV

Regelt die gemeinsamen Bestimmungen, die für Art. 71a-c KVV gelten:

- Vollständiges Gesuch vor Behandlungsbeginn

Nutzenbewertungsmodelle (OLUtool) als Hilfsmittel zur Bewertung des therapeutischen Nutzens

Seit der Einführung von Art. 71a-71d KVV stehen *zwei Aufgaben* im Zentrum der vertrauensärztlichen Arbeit:

- Kommen Art. 71a-71d KVV zur Anwendung?
- Wenn ja, Bestimmung des therapeutischen Nutzens

Zur Bestimmung des therapeutischen Nutzens haben die Vertrauensärzte *Nutzenbewertungsmodelle* entwickelt und diese weiter verfeinert (initial 9 Felder Modell, dann MediScore-Modell und jetzt OLUtool (in Varianten für den Onko- und den Nononkobereich). Den Modellen gemeinsam ist, dass sie ein *Rating in den Abstufungen A-D* beinhalten. Das BAG hat in seiner KVV/KLV-Revision 2024 unter dem 5. Abschnitt: *Vergütung von Medikamenten im Einzelfall* neu den Art. 38b KVV eingeführt, der sich mit der Bewertung des therapeutischen Nutzens befasst, und für deren Bewertung ein *standardisiertes Nutzenbewertungsmodell* vorschreibt. Auch werden die Ratingkategorien A-D näher ausgeführt. Im gleichen Art. 38b KVV wurde auch eine gesetzliche Grundlage für eine *gemeinsame Bewertung (SwissRating)* geschaffen.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von Art. 38b KVV ist auch das Modell von OLU auf einem dualen Konzept aufgebaut:

- *Studienrating* anhand der vorliegenden Evidenz (entspricht WZW generell)
- *Nutzen im Einzelfall* (entspricht WZW konkret)

Dabei nutzt und bewertet das OLUtool Kriterien wie Studienevidenz, Studienqualität, Daten zum Overall Survival (OS) oder Progression Free Survival (PFS), aber auch die Ansprechraten (Overall Response Rate, ORR) Toxizität der Therapie und legt in einem ersten Schritt das Studienrating fest und vergleicht dann im zweiten Schritt dieses mit dem konkreten Einzelfall und legt schlussendlich das finale Rating fest, das dann an die Leistungsabteilung weitergeleitet wird.

OLUtool

Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte SGV

Onko

Studie

Update 2023, Version 4.0

Studienrating			
Rubrik 1	OS als 1 ^o Studienendpunkt	Rubrik 2	OS als 1 ^o Studienendpunkt
	Medianes Überleben < 1 Jahr unter Standardtherapie oder Best Care		Medianes Überleben 1 – 2 Jahre unter Standardtherapie oder Best Care
			Medianes Überleben > 2 Jahre unter Standardtherapie oder Best Care
			Studie mit Kontrollgruppe
4	ΔOS nach 2 Jahren $\geq 10\%$ oder $LL95\%HR(OS) \leq 0,65 + \Delta mOS > 3Mt.$	oder	ΔOS nach 3 Jahren $\geq 10\%$ oder $LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS > 5 Mt.$
3	$LL95\%HR(OS) \leq 0,65 + \Delta mOS > 2 Mt.$ oder $mOS NR \geq 6 Mt. + HR(OS) \leq 0,70$	oder	$LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS > 4 Mt.$ oder $mOS NR \geq 18 Mt. + HR(OS) \leq 0,70$
2	$LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS > 2 Mt.$ oder $mOS NR \geq 6 Mt. + HR(OS) \leq 0,75$	oder	$LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS > 3 Mt.$ oder $mOS NR \geq 12 Mt. + HR(OS) \leq 0,75$
1	$LL95\%HR(OS) \leq 0,75 + \Delta mOS \geq 1,5 Mt.$ oder $mOS NR \geq 8 Mt. + HR(OS) \leq 0,80$	oder	$LL95\%HR(OS) \leq 0,75 + \Delta mOS \geq 3 Mt.$ oder $mOS NR > 10 Mt. + HR(OS) \leq 0,80$
			$LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS > 9 Mt.$ oder $mOS NR \geq 24 Mt. + HR(OS) \leq 0,70$
			$LL95\%HR(OS) \leq 0,70 + \Delta mOS \geq 4 Mt.$ oder $mOS NR \geq 18 Mt. + HR(OS) \leq 0,75$
			$LL95\%HR(OS) \leq 0,75 + \Delta mOS \geq 4 Mt.$ oder $mOS NR \geq 18 Mt. + HR(OS) \leq 0,80$
			$HR(PFS) \leq 0,75$
<small> $LL95\%HR(OS)$ → Hazard Ratio von Overall Survival, ausgehend vom unteren HR-Grenzwert des 95%-Konfidenzintervalls (LL = Lower Limit) mOS oder $mPFS$ → median Overall Survival oder median Progression Free Survival (=50%) ΔmOS oder $\Delta mPFS$ → Differenz (Δ) der Medianwerte $HR(OS)$ → Hazard Ratio von Overall Survival, ausgehend vom Punktschätzer-Wert NR = Not Reached → Am validierten Studienende liegen OS oder PFS > 50% </small>			
Rubrik 5	1 ^o Studienendpunkt ist PFS oder ORR, beide ohne Kontrollgruppe oder ORR mit Kontrollgruppe als ΔORR	Rubrik 6	1 ^o Studienendpunkt ist OS oder DFS (IDFS) oder pCR Adjuvante und Neoadjuvante Therapie
	ohne Kontrollgruppe	mit Kontrollgruppe	
3	$mPFS \geq 8 Mt.$ oder $ORR > 60\%$ und $DoR \geq 6 Mt.$	$\Delta ORR \geq 35\%$	4
2	$mPFS \geq 5 Mt.$ oder $ORR > 60\%$	$mPFS NR \geq 6 Mt.$ oder $ORR 40-60\%$ und $DoR \geq 6 Mt.$	3
1	$mPFS \geq 3 Mt.$ oder $ORR 30-60\%$	$mPFS NR \geq 4 Mt.$ oder $ORR 20-39\%$ und $DoR \geq 6 Mt.$	2
		$\Delta ORR \geq 10\%$	1
			<small> ΔOS nach ≥ 3 Jahren $\geq 5\%$ oder $HR(DFS\ oder\ IDFS) \leq 0,65$ ΔOS nach ≥ 3 Jahren $\geq 3\%$ oder $HR(DFS\ oder\ IDFS) \leq 0,80$ ΔOS nach ≥ 3 Jahren $\geq 3\%$, falls Lebenserwartung ≤ 2 Jahre Neoadjuvant: pCR von Verumgruppe $\geq 50\%$ (ohne Δ) ΔOS = OS am Studienende gemessen DFS = Disease-free-survival $IDFS$ = invasive Disease-free-survival pCR = pathologische Complete Remission DoR = Duration of Response Absolute Werte haben Vorrang versus HR </small>
Bonus Malus	QoL	Deklariert als 2 ^o Endpunkt, $p \leq 0,05$ und mit validierten Fragebogen erhoben. Kein Bonus, falls «non inferior»	+ 1
	Long term plateau OS	Long term plateau in survival curve (OS) $\geq 12 Mt.$ im validierten Bereich von 10-49%	+ 1
	HämatoLOGIE	MRD negativ oder sCR nach Therapie $\geq 50\%$ absolut (ohne Δ) oder Bridging vor Stammzellen/CAR-T → maximal Schlussrating B	+ 1
	AE Grad 3+4	$\Delta AE \geq 35\%$ (Δ = Verum vs. Kontrollgruppe) oder $\geq 50\%$ ohne Kontrollgruppe	- 1
	ORR (PR + CR)	ORR (CR + PR) 15 - 30% . Gilt nicht für ORR in Rubrik 5 (ORR < 15 % = Maximal Studienrating C)	- 1
<small>Bonuspunkt nur dann, wenn mind. 1 Scorepunkt aus Rubrik 1 – 6 erreicht wird</small>	Studiendefizite	Kontrollgruppe nicht adäquat oder historische Kontrolle mit unpräzise definierten Kriterien oder Kein Studienvolltext → Die Studie ist damit nicht vollständig beurteilbar oder Andere begründete und klinisch relevante Defizite	- 1
	Expertenbeizug durch VA	Zur Klärung einer für den VA unklaren klinischen Relevanz oder zur Klärung von Besonderheiten der Studie	+ 1 / - 1

Mögliche Abklärungsstrategie bei Off Label Use:

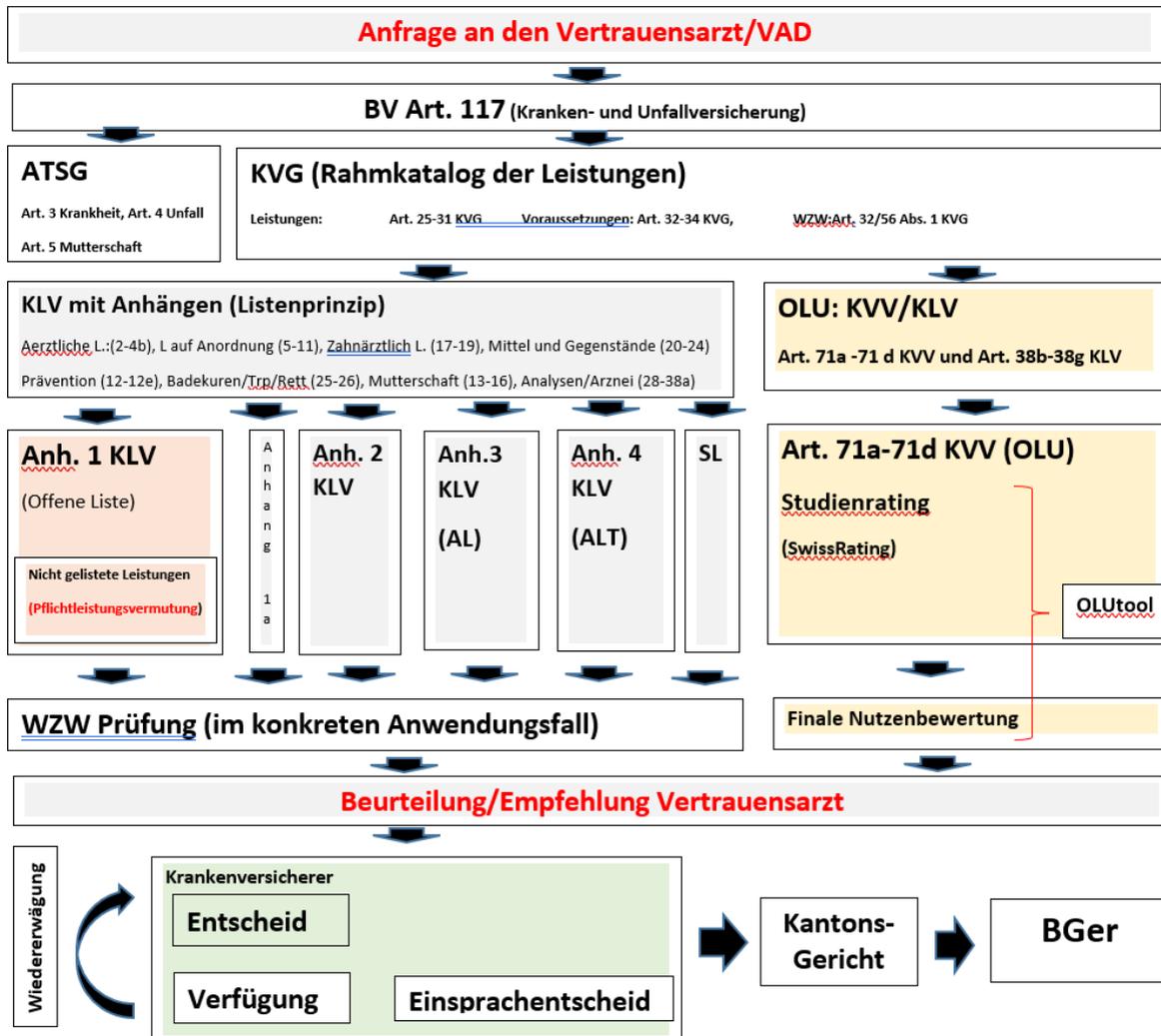
1. In- oder Off-Label?
2. Off-Label Kategorie?
3. Kriterien Art. 71 a/b KVV erfüllt?
 - Behandlungskomplex oder postexpositionelle Prophylaxe
 - Lebensbedrohliche Situation
 - Keine zugelassene therapeutische Alternative
 - Großer therapeutischer Nutzen erwartet
4. Wissenschaftliche Evidenz?
5. Klinischer Nutzen?
6. Nutzenkategorie festlegen (OLUtool Onko, OLUtool Nononko)

Exkurs: Art. 71a-71d KVV findet auch auf die ALT Anwendung!

Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 144 V 333 in Erwägung 10.6 festgehalten, dass die Bestimmung von Art. 71b Abs. 1 KVV über ihren Wortlaut hinaus nicht nur auf vom Institut zugelassene nicht in die SL aufgenommene verwendungsfreie Arzneimittel (innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation) Anwendung, sondern auch auf die von der Zulassungspflicht befreiten *verwendungsfertigen Magistralrezepturen* findet.

Anhang

Ablaufschema Leistungsbeurteilung



Checkliste für den VA zur Beurteilung eines Gesuches

Anfrage an Vertrauensarzt

- Genauer Auftrag (Beratung, Leistungsbeurteilung, Rechnungsüberprüfung...)?
- Genaue Fragestellung?
- Ist Sachverhalt klar?
- Ist Aktenlage genügend für Beurteilung?
- Muss ich mehr Informationen verlangen?

Rechtsquellen

- Ist andere Sozialversicherung zuständig?
- Zugelassener Leistungserbringer?
- Ist Krankheitswert gegeben?
- Besteht Behandlungsbedürftigkeit?
- Leistung im Sinne des KVG (Rahmenkatalog)?
- Ist Leistung in KLV definiert?
- Ist Leistung in Positivliste Liste erwähnt?
- Ist Leistung im konkreten Anwendungsfall WZW gegeben?
- Anwendungsfall von Pflichtleistungsvermutung?

Beurteilung

- habe ich auf konkrete Fragestellung Bezug genommen?
- Ist meine Beurteilung widerspruchsfrei?
- Ist meine Beurteilung klar?
- Ist meine Beurteilung nachvollziehbar?
- Habe ich wirklich nur Tatfragen beantwortet?
- Kann der Sachbearbeiter der Leistungsabteilung aufgrund meiner Beurteilung einen klaren Entscheid treffen?

Auswahl von wichtigen gesetzlichen Grundlagen und Verordnungen

1. Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)

Wichtige Definitionen/Verfahren
Art. 3 Krankheit
Art. 4 Unfall
Art. 5 Mutterschaft
Art. 6 Arbeitsfähigkeit
Art. 7 Erwerbsunfähigkeit
Art. 8 Invalidität
Art. 28 Mitwirkung beim Vollzug (Mitwirkungspflicht)
Art. 47 Akteneinsicht
Art. 34 – 55 Sozialversicherungsverfahren
Art. 56 – 62 Rechtspflegeverfahren
Art. 63 – 71 Koordinationsregeln

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)

Grundprinzipien
Art. 24 Kostenerstattungsspflicht
Art. 32 und Art. 56 Abs. 1 WZW
Art. 33 Bezeichnung der Leistungen, Delegation an Bundesverwaltung
Art. 34 Listenprinzip und Territorialitätsprinzip
Art. 44 Tarifschutz
Art. 56 Qualitätssicherung
Art. 57 Vertrauensarzt
Legalitätsprinzip (BGE 134 V 83 E. 4.1)
Rahmenkatalog Leistungen
Art. 25 Allgemeine Leistung bei Krankheit (Generalklausel)
Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit
Art. 26 Medizinische Prävention
Art. 27 Geburtsgebrechen
Art. 28 Unfälle
Art. 29 Mutterschaft
Art. 30 Straffloser Abbruch bei Schwangerschaft
Art. 31 Zahnärztliche Behandlungen

3. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Aufbau: 3 Titel: Leistungen, Voraussetzungen der Leistungserbringung, Schlussbestimmungen
1. Kapitel: ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen
Art. 2-3b Ärztliche Psychotherapie
Art. 3c ambulant durchzuführende elektive Eingriffe (Verweis auf Anhang 1a)
Art. 4 Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen
Art. 4a Pharmazeutische Leistungen
Art. 4b ärztliche komplementärmedizinische Leistungen
2. Kapitel auf Anordnung von Arzt oder im Auftrage erbrachte Leistung
Art. 5 Physiotherapie
Art. 6 Ergotherapie
Art. 7-9 Pflege ambulant oder im Pflegeheim
Art. 7a Übernahme der Kosten in der Akut- und Übergangspflege
Art. 9b Ernährungsberatung
Art. 9c Diabetesberatung
Art. 10-11 Logopädie
Art. 11a Neuropsychologie
Art. 11b Psychologische Psychotherapie
Art. 11c Podologie
3. Kapitel: Massnahmen der Prävention
Art. 12 Grundsatz
Art. 12a Prophylaktische Impfungen
Art. 12b Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten
Art. 12c Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes
Art. 12d Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen
Art. 12e Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung
4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft
Art. 13 Kontrolluntersuchungen
Art. 14 Geburtsvorbereitung
Art. 15 Stillberatung
Art. 16 Leistung der Hebammen
5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen
Art. 17 Erkrankungen des Kauksystems
Art. 18 Allgemeinerkrankungen
Art. 19 Zahnärztliche Behandlungen
Art. 19a Geburtsgebrechen
Art. 19b Narkose bei zahnärztlichen Behandlungen
6. Kapitel: Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen
Art. 20a Liste der Mittel und Gegenstände
Art. 21 Anmeldung
Art. 22 Limitierung
Art. 23 Anforderungen
Art. 24 Höhe der Vergütung

7. Kapitel: Beitrag an Badeskuren sowie an Transport- und Rettungskosten
Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badeskuren
Art. 26 Beitrag an Transportkosten
Art. 27 Beitrag an Rettungskosten
8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel
Art. 29 Arzneimittel mit Tarif (ALT)
Art. 30 – 34a Spezialitätenliste (SL)
Art. 30a – 31b Aufnahmeverfahren
Art. 32 Wirksamkeit (Verweis auf Swissmedic)
Art. 33 Zweckmässigkeit
Art. 34a bis -34h Auslandspreisvergleich und Überprüfung Aufnahmebedingungen
Art. 38a Selbstbehalt bei Arzneimitteln
Art. 38b – 38g Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102))

Erster Teil: OKP
1. Titel: Versicherungspflicht
2. Titel: Organisation
3. Leistungen
Art. 33 Allgemeine Leistungen
Art. 34 Analysen und Arzneimittel
Art. 35 Geburtsgebrechen
Art. 35a Komplementärmedizin
Art. 36 Leistungen im Ausland
Art. 37a Beratende Kommissionen ELGK, EAK, EAMGK
4. Titel: Leistungserbringer
Art. 38/39 Ärzte und Ärztinnen
Art. 40/41 Apotheker und Apothekerinnen
Art. 42 Zahnärzte und Zahnärztinnen
Art. 44 Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen
Art. 45/45a Hebammen
Art. 46-52c Personen, die auf ärztliche Anordnung tätig sind (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachleute, Logopäden, Ernährungsberater, Neuropsychologen, psychologische Psychotherapeuten, Podologen)
Art. 53-54a Laboratorien
Art. 55 Abgabestellen für Mittel und Gegenstände
Art. 55a Geburtshäuser
Art. 56 Transport- und Rettungsunternehmen
Art. 57/58 Heilbäder
Art. 59b bis 59i (Tarife und Preise)
Art. 60-62 Analysenliste
Art. 63 Arzneimittel mit Tarif (ALT)
Art. 64-71 Spezialitätenliste
Art. 71a – 71f Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall
Zweiter Teil: Freiwillige Taggeldversicherung
Dritter Teil: Koordinationsregeln

Abkürzungsverzeichnis

AL	Analysenliste (Anhang 3 der KLV)
ALT	Arzneimittelliste mit Tarif (Anhang 4 der KLV)
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohnerinneneinstufungs- und Abrechnungssystem
RAI-RUG	Resident Assessment Instrument – Ressource Utilization Groups
BGE	Bundesgerichtsentscheid
EAK	Eidgenössische Arzneimittelkommission
EAMGK	Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
ELGK	Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen
ETT	Ersttrimestertest
FDG	2-Fluor-2-Desoxy-D-Glucose
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
HNCCP	Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom
IPPB	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KLV	Verordnung des EDI über Leistung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVV	Krankenpflegeverordnung
LERB	Leistungserbringer
LPPV	Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung
MiGeL	Mittel und Gegenständeliste (Anhang 2 der KLV)
MTT	Medizinische Trainingstherapie
MV	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
NIPT	Nicht-invasiver Pränatal Test
OLU	Off Label Use
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAD	Regionalärztlicher Dienst
RVK	Unabhängiger Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen
SL	Spezialitätenliste
SR	Systematische Rechtssammlung
SGNM	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin
SGUM	Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
SMOB	Swiss Society for the Study of morbid Obesity
SVOT	Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR. 832.20)
VA	Vertrauensarzt/Vertrauensärztin
VAD	Vertrauensärztlicher Dienst
VwVG	Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021)
WZW	Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit

Quellen

- Eugster Gebhard, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Band XIV, Soziale Sicherheit
- Eugster, Gebhard, Kommentar über die Krankenversicherung (KVG); Schulthess Verlag, 2. Auflage, 2018
- Druey Eva Just, Wenn die Behandlung zu teuer ist, AJè2021, S. 1470 ff.
- Druey Eva Just, Die Kostengutsprache der Krankenversicherung – was bedeutet sie und was nicht; Sozialversicherungsrechtstagung 2019 S. 129-156
- Gächter, Thomas/Rütsche Bernhard, Gesundheitsrecht, 3. Auflage; Verlag Helbling Lichtenhahn, Basel 2013
- Kaspar Gerber, Der Vertrauensarzt in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in SZS 2/2019, Si. 75-93
- Beat Kipfer, Carsten Witzmann, die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall nach Art. 71a-d KVV, LSR 2019, S. 89ff.
- Yvonne Hummel; Off-Label Use, Kostengutsprache und Vertrauensärzte, Hämatologie & Onkologie 6/2018
- Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz: Yvonne Hummel, Arzt 57 KVG, Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen
- Londis Maria, Vertrauensärztlicher Dienst und Rechtsdienst, in: HAVE
- Oggier, Willy, Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017, 5. vollständig überarbeitete Auflage, Hogrefe Verlag
- Ulrich Meyer (Hrsg), Soziale Sicherheit, Band XIV Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht
- Operationalisierung der Kriterien 'Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit' nach Art. 32 KVG, Grundlagendokument des BAG, Version Stand 31.03.2022
- Thomas Poledna, Gregori Werder, Der Vertrauensärztliche Dienst: ein verfassungswidriger Zwitter? AJP12/2016
- Thomas D. Szucs (Hg.), Das KVG- eine Schweizer Erfolgsstory? Orell Füssli 2016
- Homepage SGV: www.vertrauensaerzte.ch
- Homepage BAG: www.bag.admin.ch
- Homepage SIM Swiss insurance medicine: www.swiss-insurance-medicine.ch