Art. 64 KVG: Kostenbeteiligung

Zwingende Kostenbeteiligung als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument

Art. 64 KVG ordnet die Kostenbeteiligung als zwingenden Bestandteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an: Versicherte beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen, namentlich durch Franchise und Selbstbehalt; hinzu kommt bei stationärem Aufenthalt ein Spitalbeitrag **832.10--64--de**. Die Norm ist nicht bloss eine Inkassoregel. Sie grenzt zugleich die zulässige Risikoverlagerung ab, weil Kostenbeteiligungen grundsätzlich nicht rückversichert oder durch private Institutionen übernommen werden dürfen **832.10--64--de**.

Der Gesetzgeber hat die Beträge und mehrere Konkretisierungen an den Bundesrat delegiert; deren Ausgestaltung in der KVV wird in den nachfolgenden Sachabschnitten behandelt (Franchise, Selbstbehalt und Wahlfranchise; Spitalbeitrag; delegierte Modifikationen).

Zeitlich ist vor allem Abs. 1bis zu beachten. Die seit 1. Januar 2024 geltende Regel verschiebt die Schuld für Kostenbeteiligungen eines Kindes bis Ende des Monats der Volljährigkeit ausschliesslich auf die Personen, welche die Prämien schulden; das Kind darf dafür auch nach Eintritt der Volljährigkeit nicht belangt werden, und eine entsprechende Betreibung ist nichtig **832.10--64--de**. Die Übergangsbestimmung erfasst Versicherte, die beim Inkrafttreten der Änderung vom 18. März 2022 minderjährig sind, und auch vor Inkrafttreten unbezahlt gebliebene Kostenbeteiligungen dieser Versicherten **BBl 2022 701**. Die aktuelle deutschsprachige KVG-Fassung ist **KVG (2026-07-01)**; der unmittelbare Vergleich mit **KVG (2026-01-01)** ergab keine Änderung von Art. 64, während Abs. 1bis erstmals in **KVG (2024-01-01)** gegenüber **KVG (2023-09-01)** erscheint.

Entstehung und Zurechnung der Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung knüpft an OKP-Leistungen an, die für die versicherte Person erbracht werden **832.10--64--de**. Sie ist deshalb grundsätzlich leistungsbezogen und entsteht nicht schon mit dem Bestehen des Versicherungsverhältnisses. Die KVV macht dieses Leistungsprinzip abrechnungstechnisch greifbar, indem sie für Franchise und Selbstbehalt auf das Behandlungsdatum abstellt **Art. 103 KVV**.

Die Kostenbeteiligung wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die OKP ausnahmsweise Unfallleistungen deckt. Das Zuger Verwaltungsgericht hielt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung fest, dass sich eine Qualifikation als Unfall an der Anzehrung der Franchise und am Selbstbehalt nichts ändert; die OKP erbringt bei Unfällen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit, und die Kostenbeteiligung bleibt bestehen **S 2020 13**. Diese kantonale Entscheidung ist keine bundesgerichtliche Leitentscheidung, sie ist aber eine direkte Anwendung der gesetzlichen Systematik und der Art. 64-Regel auf den wiederkehrenden Irrtum, Unfallkosten seien im KVG kostenbeteiligungsfrei.

Eine andere Frage ist, ob die versicherte Person im Aussenverhältnis aufgrund koordinationsrechtlicher oder vertraglicher Abreden dennoch nicht belastet werden darf. Das Sozialversicherungsgericht Zürich verneinte die Belastung einer Versicherten mit Franchise und Selbstbehalt für unfallbedingte Heilungskosten, weil Kranken- und Haftpflichtversicherer eine Vereinbarung zugunsten der Versicherten getroffen hatten; ohne Verzicht der Versicherten durften die Versicherer ihre Ansprüche nicht schmälern, und Mehrkosten fielen nicht in ihre Risikosphäre **KV.2008.00070**. Der Entscheid hebt die Art. 64-Pflicht nicht abstrakt auf. Er zeigt vielmehr, dass die Kostenbeteiligung im Verhältnis Versicherer, haftpflichtiger Dritter und versicherte Person durch eine für die versicherte Person günstige Drittvereinbarung faktisch abgefangen werden kann **KV.2008.00070**.

Franchise, Selbstbehalt und Wahlfranchise

Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht kumulativ aus einem festen Jahresbetrag, der Franchise, und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten **832.10--64--de**. Die KVV konkretisiert diese offene gesetzliche Struktur mit der ordentlichen Franchise von 300 Franken und den jährlichen Selbstbehaltsplafonds von 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder **Art. 103 KVV**. Für Kinder wird keine ordentliche Franchise erhoben, und der gesetzliche Selbstbehaltsplafond ist halbiert; sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, begrenzt Art. 64 Abs. 4 KVG die gemeinsame Belastung auf höchstens Franchise und Selbstbehaltsmaximum einer erwachsenen Person **832.10--64--de**.

Die Wahlfranchise ist keine privatrechtliche Abrede ausserhalb des Kostenbeteiligungssystems, sondern eine besondere Versicherungsform auf Verordnungsstufe. Versicherer können neben der ordentlichen OKP Franchisen von 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene sowie von 100 bis 600 Franken für Kinder anbieten; der Höchstbetrag des Selbstbehalts bleibt aber jener von Art. 103 Abs. 2 KVV **Art. 93 KVV**. Bei mehreren Kindern einer Familie beim gleichen Versicherer darf die Kostenbeteiligung bei wählbaren Franchisen das Zweifache des Höchstbetrags je Kind nicht übersteigen; bei unterschiedlich gewählten Franchisen setzt der Versicherer die Höchstbeteiligung fest **Art. 93 KVV**.

Die Wahl einer höheren Franchise ist nur auf Beginn eines Kalenderjahres möglich **Art. 94 KVV**. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine Bonusversicherung oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der Kündigungsfristen von Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG auf Ende eines Kalenderjahres möglich **Art. 94 KVV**. Wechselt die versicherte Person unterjährig den Versicherer nach Art. 7 Abs. 2 bis 4 KVG, behält sie die gewählte Franchise, sofern der neue Versicherer diese Versicherungsform führt; die Anrechnung bereits erhobener Kostenbeteiligungen nach Art. 103 Abs. 4 KVV gilt sinngemäss **Art. 94 KVV**.

Die Prämienreduktion für eine Wahlfranchise ist regulatorisch begrenzt. Sie muss von der ordentlichen Versicherung ausgehen und darf je Kalenderjahr höchstens 70 Prozent des durch die höhere Franchise übernommenen zusätzlichen Kostenbeteiligungsrisikos betragen **Art. 95 KVV**. Praktisch wichtig ist die Trennung zwischen prämienrechtlichem Anreiz und sozialrechtlicher Kostendeckung: Eine freiwillig höhere Franchise erhöht nicht ohne Weiteres den über Ergänzungsleistungen vergütbaren Betrag, wie die EL-Rechtsprechung klarstellt (unten, öffentlich-rechtliche Übernahme) **9C_406/2013**.

Spitalbeitrag: selbständige Belastung, aber vorgängige rechnerische Verrechnung

Der Spitalbeitrag nach Art. 64 Abs. 5 KVG ist eine eigenständige Kostenbeteiligung neben Franchise und Selbstbehalt **832.10--64--de**. Art. 104 KVV legt ihn auf 15 Franken pro Tag fest **Art. 104 KVV**. Nicht zu leisten ist er für den Austrittstag und für Urlaubstage; keinen Beitrag entrichten Kinder, junge Erwachsene in Ausbildung sowie Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 7 KVG entfällt **Art. 104 KVV**.

Die entscheidende Berechnungsfrage hat das Bundesgericht in 9C_716/2018 geklärt. Aus dem gesetzlichen Wort „zudem" folgt zwar, dass der Spitalbeitrag unabhängig davon geschuldet sein kann, ob auch Franchise und Selbstbehalt anfallen **9C_716/2018**. Der Beitrag darf aber nicht erst nach Franchise und Selbstbehalt zur Rechnung addiert werden. Das Bundesgericht verwarf die vom BAG und der Vorinstanz vertretene Reihenfolge, weil die versicherte Person sonst auf dem Spitalbeitrag zusätzlich nochmals 10 Prozent Selbstbehalt tragen würde **9C_716/2018**. Richtigerweise wird der Spitalbeitrag vorab mit der Spitalrechnung verrechnet; erst danach werden Franchise und Selbstbehalt berücksichtigt **9C_716/2018**.

Der Entscheid begrenzt den Spitalbeitrag zudem funktional: Geschuldet sein kann er nur, soweit die Krankenversicherung Kosten für Unterkunft und Verpflegung effektiv übernimmt; andernfalls entstünde eine unrechtmässige Bereicherung des Versicherers zulasten der versicherten Person **9C_716/2018**. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei kleinen stationären Rechnungsbeträgen oder bereits ausgeschöpften Kostenpositionen nicht schematisch 15 Franken pro Tag addiert werden dürfen, ohne die vom Bundesgericht vorgegebene Reihenfolge und den effektiven Leistungsumfang zu prüfen **9C_716/2018**.

Gesetzliche Ausnahmen und delegierte Modifikationen

Art. 64 Abs. 6 KVG ist eine begrenzte Delegationsnorm. Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen, bei Dauerbehandlungen und schweren Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben, bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 KVG die Kostenbeteiligung aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist, und einzelne Präventionsleistungen im Rahmen national oder kantonal organisierter Präventionsprogramme von der Franchise ausnehmen **832.10--64--de**.

Art. 104a KVV setzt diese Delegation vor allem durch Subdelegation an das EDI um. Das EDI bezeichnet Leistungen mit höherer Kostenbeteiligung und bestimmt deren Höhe; es kann auch nach Dauer oder Umfang einer Leistung differenzieren **Art. 104a KVV**. Für bestimmte Arzneimittel kann das EDI einen höheren Selbstbehalt vorsehen; der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag wird nur zur Hälfte an den jährlichen Selbstbehaltsplafond angerechnet **Art. 104a KVV**. Umgekehrt bezeichnet das EDI Leistungen, bei denen die Kostenbeteiligung wegen Dauerbehandlung oder schwerer Krankheit herabgesetzt oder aufgehoben wird, sowie Präventionsleistungen, die von der Franchise ausgenommen sind **Art. 104a KVV**. Vor Erlass dieser Bestimmungen ist die zuständige Kommission anzuhören **Art. 104a KVV**.

Zu Art. 64 Abs. 6 lit. c KVG, Aufhebung der Kostenbeteiligung in Versicherungen mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl, enthält Art. 104a KVV keine ausdrückliche Umsetzungsregel **Art. 104a KVV**. Die in der Perimeterrecherche aufgefundene HMO-Rechtsprechung bestätigt zwar die Bedeutung besonderer Versicherungsformen mit Gatekeeping, entscheidet aber nicht selbst über eine generelle Aufhebung der Kostenbeteiligung nach lit. c **BGE 125 V 437**. Für diesen Punkt bleibt deshalb primär der Gesetzestext massgebend; eine verallgemeinerungsfähige gerichtliche Konkretisierung der Zweckmässigkeitsprüfung wurde in den abgerufenen Quellen nicht gefunden.

Mutterschaft: Befreiung nach Leistungsart und Zeitfenster, nicht nach blossem Schwangerschaftsbezug

Art. 64 Abs. 7 KVG enthält ein Erhebungsverbot für zwei Gruppen: Leistungen nach Art. 29 Abs. 2 KVG und Leistungen nach Art. 25 und 25a KVG, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden **832.10--64--de**. Die heutige lit. b beruht auf der am 1. März 2014 in Kraft getretenen Änderung vom 21. Juni 2013; ältere Entscheide sind deshalb hinsichtlich des Zeitfensters historisch einzuordnen, behalten aber Gewicht für die dogmatische Unterscheidung zwischen Mutterschaftsleistung und Krankheitsbehandlung **832.10--64--de**.

Die ältere bundesgerichtliche Linie verneinte eine generelle Kostenbeteiligungsfreiheit für jede Behandlung, die während einer Schwangerschaft medizinisch notwendig wird. BGE 127 V 268 hielt fest, dass das KVG nicht dahin ausgelegt werden könne, sämtliche Leistungen bei Schwangerschaftskomplikationen als Mutterschaftsleistungen von der Kostenbeteiligung auszunehmen; behandlungsbedürftige Störungen während der Schwangerschaft bleiben krankheitsbezogene Leistungen **BGE 127 V 268**. Im Parallelfall K 10/98 wurde ein notfallmässiger Spitalaufenthalt in der 28. und 29. Schwangerschaftswoche wegen Komplikationen entsprechend als kostenbeteiligungspflichtige Krankheitsbehandlung behandelt **K 10/98**.

K 136/04 präzisiert diese Linie für vorzeitige Wehentätigkeit. Das Bundesgericht qualifizierte die Hospitalisation und medikamentöse Behandlung zur Verhinderung einer Frühgeburt als Krankheitskosten, weil die Situation nicht einer Niederkunft gleichgesetzt werden konnte und Massnahmen bei Schwangerschaftskomplikationen nicht zu den spezifischen Mutterschaftsleistungen gehörten **K 136/04**. Der Entscheid ist in französischer Sprache ergangen; zentral ist die Aussage, dass Behandlungskosten bei während der Schwangerschaft auftretenden Komplikationen Krankheitskosten sind und die Versicherte daran kostenbeteiligungspflichtig bleibt („les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts") **K 136/04**.

Unter dem seit 2014 geltenden Recht verschiebt das gesetzliche Zeitfenster die praktische Prüfung, beseitigt aber nicht jede Abgrenzung. Das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt entschied 2017, dass eine Fehlgeburt in der 18. Schwangerschaftswoche keine Niederkunft im Sinne des Gesetzes ist und deshalb die Achtwochenfrist nach Niederkunft nicht auslöst **KV.2017.5**. Gleichzeitig sprach es der Versicherten eine kostenbeteiligungsfreie gynäkologische Nachkontrolle nach der Schwangerschaft zu, weil Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft als Mutterschaftsleistungen gelten, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft normal oder pathologisch verlief **KV.2017.5**. Daraus folgt für die Anwendung von Art. 64 Abs. 7: Entscheidend ist nicht ein pauschaler Normalitäts- oder Pathologiebegriff, sondern ob die konkrete Leistung unter die spezifischen Mutterschaftsleistungen oder das gesetzliche Zeitfenster fällt, oder ob sie als eigenständige Krankheitsbehandlung abzurechnen ist **BGE 127 V 268 KV.2017.5**.

Verbot der Rückversicherung und öffentlich-rechtliche Übernahme

Art. 64 Abs. 8 KVG ist strikt formuliert. Kostenbeteiligungen dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden; auch Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen ist es verboten, die Übernahme dieser Kosten vorzusehen **832.10--64--de**. Zulässig bleibt nur die Übernahme aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone **832.10--64--de**.

Die kantonale Rechtsprechung wendet dieses Verbot nicht nur auf ausdrücklich als Versicherung bezeichnete Produkte an. Das Verwaltungsgericht Bern beurteilte eine verlangte Rechnungsumleitung, mit der Franchise und Selbstbehalt wirtschaftlich vermieden worden wären, als unzulässig; ein solches Vorgehen käme einer verbotenen Versicherung der Kostenbeteiligung gleich und widerspräche dem Zweck, eine Entsolidarisierung zu verhindern **200 2018 235**. Das Tessiner Versicherungsgericht verneinte ebenfalls die Deckung der Franchise über eine Zusatzversicherung, auch wenn diese beim selben Versicherer abgeschlossen war; Kostenbeteiligungen können nach Art. 64 Abs. 8 KVG nicht mittels komplementärer Privatversicherung rückversichert werden **36.2005.110**. Beide Entscheide sind kantonal. Eine in den abgerufenen Quellen eröffnete bundesgerichtliche Leitentscheidung zur Durchsetzung des Verbots selbst liegt nicht vor.

Die öffentlich-rechtliche Ausnahme ist vor allem bei Ergänzungsleistungen praktisch. Das Bundesgericht hat anerkannt, dass EL Kosten für die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG als Krankheits- und Behinderungskosten vergüten können **9C_406/2013**. P 8/06 ging noch von einer konkreten Begrenzung der Vergütung auf höchstens 1000 Franken pro Jahr aus und hielt fest, dass eine gewählte höhere Franchise diese Grenze nicht erhöht **P 8/06**. 9C_406/2013 präzisierte später, dass sich die 1000 Franken auf die KVG-Kostenbeteiligung als solche beziehen; die EL-Vergütung wird bundesrechtlich durch die Höchstbeträge für Krankheits- und Behinderungskosten begrenzt, wobei nur Mehrkosten einer freiwillig höheren Franchise ausgeschlossen werden dürfen **9C_406/2013**.

Die jüngere kantonale Anwendung bestätigt diese Linie. Das Versicherungsgericht Solothurn hielt 2025 fest, dass für eine separate Vergütung von Franchise und Selbstbehalt über den um einen Einnahmenüberschuss reduzierten EL-Höchstbetrag hinaus kein Raum bleibt; frühere grosszügigere Vergütungen binden die Behörde für spätere Jahre nicht **VSBES.2024.133**. Für Art. 64 Abs. 8 ist daraus zu schliessen: Die Übernahme der Kostenbeteiligung ist zulässig, wenn sie auf einer öffentlich-rechtlichen Anspruchsgrundlage beruht; sie bleibt aber durch diese Spezialregel selbst begrenzt und wird nicht durch die Wahl einer höheren Franchise erweitert **832.10--64--de 9C_406/2013**.

Praktische Entscheidungspunkte

Bei jeder Abrechnung ist zuerst zu klären, welche Kostenbeteiligungsart betroffen ist: ordentliche Franchise und Selbstbehalt, Spitalbeitrag, erhöhte oder herabgesetzte Kostenbeteiligung, oder eine gesetzlich ausgeschlossene Kostenbeteiligung **832.10--64--de Art. 103 KVV Art. 104a KVV**. Für Franchise und Selbstbehalt ist das Behandlungsdatum zu dokumentieren; bei Versichererwechsel ist nachzuweisen, welche Beträge im laufenden Kalenderjahr bereits erhoben wurden **Art. 103 KVV**.

Bei stationären Rechnungen ist der Spitalbeitrag nicht schematisch „zusätzlich am Schluss" zu belasten. Zu prüfen sind zuerst die Ausnahmen von Art. 104 KVV, sodann die effektiv von der OKP übernommenen Unterkunfts- und Verpflegungskosten, und erst danach die bundesgerichtlich verlangte Berechnungsreihenfolge mit vorgängiger Verrechnung des Spitalbeitrags **Art. 104 KVV 9C_716/2018**.

Bei Schwangerschaft und Geburt ist die einzelne Leistung zu klassifizieren. Kostenbeteiligungsfrei sind die gesetzlich erfassten Mutterschaftsleistungen und die im aktuellen Art. 64 Abs. 7 lit. b genannten Leistungen im Zeitfenster ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen danach **832.10--64--de**. Bei Komplikationen genügt der Schwangerschaftsbezug allein nicht; entscheidend ist, ob die konkrete Massnahme eine spezifische Mutterschaftsleistung oder eine Krankheitsbehandlung ist **BGE 127 V 268 K 136/04 KV.2017.5**.

Bei Kindern ist seit 1. Januar 2024 die Schuldnerstellung gesondert zu prüfen. Kostenbeteiligungen bis Ende des Monats der Volljährigkeit dürfen ausschliesslich gegenüber den Prämienschuldnern geltend gemacht werden; eine Betreibung gegen das Kind ist nichtig, auch wenn es inzwischen volljährig ist **832.10--64--de**. Für beim Inkrafttreten noch minderjährige Versicherte gilt dies auch für damals bereits unbezahlt gebliebene Kostenbeteiligungen **BBl 2022 701**.

Bei Drittdeckungen, Zusatzversicherungen oder institutionellen Unterstützungsmodellen ist strikt zwischen unzulässiger Rückversicherung und zulässiger öffentlich-rechtlicher Übernahme zu unterscheiden. Private oder institutionelle Konstruktionen, welche Franchise und Selbstbehalt wirtschaftlich wegversichern, sind nach Art. 64 Abs. 8 KVG verboten **832.10--64--de 200 2018 235 36.2005.110**. Öffentlich-rechtliche Vergütungen, insbesondere über Ergänzungsleistungen, sind möglich, aber nur innerhalb der einschlägigen öffentlich-rechtlichen Grenzen **9C_406/2013 VSBES.2024.133**.