

Art. 25 KVG - Allgemeine Leistungen bei Krankheit

Funktion und Systematik

Art. 25 KVG ist die Grundnorm des Leistungsrechts der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Abs. 1 legt den Leistungszweck fest: die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen. Abs. 2 nennt die Leistungskategorien und in lit. a die Leistungserbringer.

Für sich allein begründet die Norm keinen Vergütungsanspruch. Sie greift erst im Zusammenspiel mit weiteren Bestimmungen:

- den Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW, Art. 32 KVG);
- der Bezeichnung der Leistungen durch Bundesrat und Departement (Art. 33 und 52 KVG);
- dem Pflichtleistungsprinzip (Art. 34 KVG);
- dem Zulassungsrecht (Art. 35 ff. KVG).

Nach dem Bundesgericht dürfen die Versicherer gestützt auf Art. 34 Abs. 1 KVG nur die in Art. 25 bis 33 KVG vorgesehenen Leistungen übernehmen **9C_456/2013**. Deshalb sind etwa Hotelleriekosten ausserhalb einer Spitalbedürftigkeit grundsätzlich nicht gedeckt **9C_85/2013**.

Normentwicklung und zeitlicher Geltungsbereich

Der Wortlaut wurde seit 1996 mehrfach angepasst. Für die Anwendung sind vor allem drei Revisionen massgebend.

- Lit. h (Apothekerleistung) wurde mit der Änderung vom 24. März 2000 eingefügt **BBI 2000 2176**. Das Bundesgericht wendet sie ab dem 1. Januar 2001 an **K 158/05**.
- Lit. e, f und f^{bis} wurden mit der Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007) neu geordnet. Lit. e erfasst seither den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung, lit. f wurde aufgehoben und lit. f^{bis} zum Geburtshaus eingefügt **BBI 2008 9**. Dazu im Einzelnen:
- Der Bundesrat hatte beantragt, den Begriff «allgemeine Abteilung» zu streichen. Seine Begründung: Wegen Art. 32 und 56 KVG beschränke sich die Kostenübernahme ohnehin auf das für den Behandlungszweck geeignete Mass. Einzel- oder Doppelzimmer ohne medizinische Indikation und die Arztwahl im Spital seien nicht eingeschlossen **BBI 2004 5551**.
- Das Parlament folgte dem nicht und behielt den Standard der allgemeinen Abteilung bei **BBI 2008 9**.
- Der Begriff «teilstationär» wurde gestrichen, weil sich dieses Konzept in der Praxis nicht durchgesetzt hatte **BBI 2004 5551**.
- Lit. a wurde mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung (in Kraft seit 2011) und mit dem Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (in Kraft seit 1. Juli 2024) geändert. Heute erfasst die Bestimmung nur noch Pflegeleistungen «im Rahmen einer stationären Behandlung». Ziff. 2^{bis} nennt die Pflegefachpersonen ausdrücklich. Diese Änderung wird unten bei den Leistungserbringern erläutert.

Ein Leistungsanspruch beurteilt sich nach dem Recht, das im Zeitpunkt der Behandlung galt. Das zeigt ein Fall auf Verordnungsstufe: Ein vom Chiropraktor verordnetes MRI war vor dem 1. Januar 2001 nicht gedeckt. Die spätere Ergänzung von Art. 4 KLV hat nach dem Bundesgericht eine neue Leistung geschaffen und

nicht bloss das bisherige Recht präzisiert **K 114/00**.

Krankheit als versichertes Risiko

Krankheitsbegriff und Mindestschwelle

Massgebend ist Art. 3 Abs. 1 ATSG. Krankheit setzt nach dem Bundesgericht eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit voraus, also einen von der Norm abweichenden Zustand, der eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert. Die Beeinträchtigung muss zudem «ein gewisses Mindestmass erreichen, damit ihr Krankheitswert zukommt». Übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen genügen nicht **9C_592/2019**.

Nicht erfasst sind Zustände, die zur natürlichen Entwicklung des Menschen gehören. Ein ausschliesslich altersbedingter Rückgang der Fruchtbarkeit ist ein physiologischer Vorgang und keine Krankheit. Sterilität und Fertilitätsstörungen können dagegen Krankheitswert haben. Eine feste Altersgrenze besteht nicht; abzugrenzen ist im Einzelfall nach den klinischen Umständen **9C_800/2019**.

Eine ICD-Diagnose begründet für sich allein noch keinen Krankheitswert. Das Bundesverwaltungsgericht hat aber die Auffassung des BAG verworfen, die Laktoseintoleranz sei als blosser Normalzustand nicht erfasst. Auch eine verbreitete Abweichung, die eine Minderheit der Bevölkerung betrifft, kann also Krankheitswert haben **c-3638-2023**.

Verfolgt eine Behandlung ein psychisches Ziel, muss der psychische Zustand selbst Krankheitswert haben. Ein Kiefereingriff, der seit der Kindheit bestehende Hemmungen abbauen sollte, war zwar eine ärztliche Massnahme. Er begründete aber keinen Anspruch, weil kein Krankheitswert ausgewiesen war **K 152/01**.

Eine Sucht hat Krankheitswert, wenn sie aus medizinischer Sicht behandlungsbedürftig ist **BGE 137 V 295**. Ob eine stationäre Suchtbehandlung geschuldet ist, beurteilt sich nach den Regeln zur Spitalbedürftigkeit (siehe unten).

Ästhetische Mängel: zwei getrennte Ausnahmen

Ein ausschliesslich ästhetischer Mangel ist grundsätzlich kein versichertes Risiko **9C_222/2023**. Die Rechtsprechung kennt zwei Ausnahmen. Sie sind getrennt zu prüfen **9C_246/2020**.

Erste Ausnahme: Entstellung. Ob ein Mangel entstellend ist, beurteilt sich nach objektiven Kriterien; die persönliche Anschauung bleibt ausser Acht **9C_222/2023**.

- Entwickelt wurde die Ausnahme für sichtbare und ästhetisch besonders empfindliche Körperteile, namentlich das Gesicht **9C_246/2020**.
- Narben an Schulter und oberem Thorax, die sich mit Kleidung verdecken lassen, genügen nicht **9C_222/2023**.
- Am Bauch liegt die Schwelle hoch **9C_246/2020**.
- Das Sozialversicherungsgericht Zürich wertete eine schwere Gynäkomastie als «eine eigentliche Fehlbildung, welche deutlich von der Normalvorstellung abweicht». Es bejahte die Leistungspflicht allein deshalb und liess offen, ob auch psychische Folgen vorlagen **KV.2018.00067**.

Zweite Ausnahme: Folgebeschwerden mit Krankheitswert. Auch ein nicht entstellender Mangel kann eine Pflichtleistung auslösen, wenn er körperliche oder psychische Beeinträchtigungen mit ausgeprägtem Krankheitswert verursacht. Beispiele sind Narben, die namhafte Schmerzen bewirken oder die Beweglichkeit erheblich einschränken **9C_222/2023**.

- Bei psychischen Folgen verlangt das Bundesgericht «ein schweres psychisches Versagen voraussichtlich dauernder Natur». Ein nachvollziehbarer Leidensdruck reicht nicht **9C_222/2023**.
- Bei der Brustreduktion kommt es nicht auf ein bestimmtes Beschwerdebild an. Entscheidend ist, ob die Beschwerden erheblich sind und ästhetische Motive genügend zurückdrängen **K 171/00**.
- Der BMI-Grenzwert von 25 hat dabei nur Richtwertcharakter und begründet keine Pflicht, vorher abzunehmen **K 171/00**.
- Beschwerden und Kausalzusammenhang müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn ist nicht erforderlich **K 171/00**.

Prozessual hat die Zweiteilung eine wichtige Folge: Die Verneinung einer Entstellung ersetzt die Prüfung der Folgebeschwerden nicht.

- Bei einer Abdominalplastik nach bariatrischer Operation durfte die Vorinstanz nicht in antizipierter Beweiswürdigung auf ein Gutachten zur Kausalität zwischen Fettschürze und Depression verzichten. Das Bundesgericht wies die Sache zurück **9C_246/2020**.
- Das Tessiner Versicherungsgericht hob eine Ablehnung bei tuberösen Brüsten auf, weil der Versicherer die geltend gemachte psychische Störung nicht abgeklärt hatte **36.2024.32**.

Folgen der Krankheit und ihrer Behandlung

Auch die Behandlung von Krankheitsfolgen setzt eine pathologische Veränderung voraus, die selbst als Krankheit zu qualifizieren ist **9C_592/2019**.

- Gewichtsverlust nach Magenbypass: Nach einer Abnahme von 140 auf 65 kg bejahte das Bundesgericht die Leistungspflicht für die Korrektur der Hautüberschüsse an den Oberschenkeln. Schwellungen, chronische Entzündungen und Schmerzen beim Gehen belegten einen pathologischen Zustand **9C_592/2019**. In Genf wurde eine Brustrekonstruktion nach Bypass übernommen. Sie galt als Folge der behandelten morbid Adipositas, und das psychische Leiden hatte Krankheitswert **ATAS/283/2006**.
- Brustrekonstruktion nach Krebsoperation: Die Rekonstruktion der operierten Brust ist gedeckt. Ein Eingriff an der gesunden Brust ist nur zu übernehmen, wenn die Rekonstruktion allein objektiv nicht möglich oder nicht adäquat ist. Auch dann rechtfertigt nur ein deutlicher Volumenunterschied den Eingriff **9C_850/2010**.
- Frühere Kostenübernahmen: Dass die OKP frühere Operationen bezahlt hat, begründet keine Pflicht für spätere Korrekturen. Auch diese setzen einen eigenständigen Krankheitswert voraus **K 87/02**.
- Komplikationen nach ästhetischen Eingriffen: Dass die erste Operation ästhetisch und nicht versichert war, schliesst die Deckung einer daraus entstandenen eigenständigen Gesundheitsschädigung nicht aus. Das Waadtländer Versicherungsgericht liess die Korrektur einer zervikalen Narbe mit Schluck- und Bewegungsstörungen übernehmen. Die rein ästhetischen Narben an Schläfe und Ohr blieben ungedeckt **CASSO ze10-012275-am1510-272011/2011**. Es handelt sich um eine kantonale Anwendung der allgemeinen Prüfung des Krankheitswerts.

Anwendungsfeld Geschlechtsdysphorie

Bei Geschlechtsdysphorie greifen Krankheitsbegriff, Behandlungsziel und WZW-Prüfung ineinander. Steht die Indikation zur Operation fest, gehören ergänzende Eingriffe an sekundären Geschlechtsmerkmalen

grundsätzlich zu den Pflichtleistungen. Voraussetzung ist, dass sie Teil eines Gesamtbehandlungsprogramms sind und die WZW-Kriterien erfüllen **9C_255/2016**.

Zur zweijährigen Beobachtungsphase gilt: Steht schon vorher fachärztlich und gutachterlich fest, dass die Operation die einzige Möglichkeit ist, den psychischen Gesundheitszustand namhaft zu verbessern, darf die Kostenübernahme nicht unter Hinweis auf die Zweijahresregel verweigert werden **BGE 137 I 86**. Umgekehrt war eine Laserepilation verfrüht, die vor der gesicherten Diagnose begonnen wurde. Sie war weder zweckmässig noch wirtschaftlich **K 98/04**.

Bei ergänzenden Eingriffen muss das zu verändernde Merkmal typisch für das andere Geschlecht sein; sonst handelt es sich um ästhetische Chirurgie **9C_123/2022**. Die Rechtsprechung im Überblick:

- Eine Reduktion der Augenbrauenbögen wurde abgelehnt. Es war nicht erstellt, dass diese mit einem weiblichen Erscheinungsbild unvereinbar waren **9C_123/2022**.
- Brustimplantate wurden abgelehnt, nachdem die Hormontherapie bereits eine weibliche Brust bewirkt hatte **9C_255/2016**. Das Freiburger Kantonsgericht entschied einen gleich gelagerten Fall ebenso. Nach einem Jahr Hormontherapie lagen symmetrische Brüste der Grösse «bonnet A» vor. Das Gericht hielt fest, dass ästhetische Kriterien die Übernahme einer Brustvergrösserung nicht begründen können, etwa das Verhältnis zwischen Brustgrösse und Statur der Transfrau («des critères esthétiques, comme par exemple la proportionnalité entre la taille des seins et la stature de la femme transgenre, ne peuvent pas fonder la prise en charge d'une augmentation mammaire.») **608 2018 72**. Zusätzlich stützte es die Abweisung auf die Zweijahresregel: Die Operation war vor Ablauf der Beobachtungsphase erfolgt, und es fehlte eine psychiatrische Indikation, die einen vorgezogenen Eingriff gerechtfertigt hätte **608 2018 72**. Diese Anwendung der Beobachtungsphase auf einen ergänzenden Eingriff ist eine kantonale Übertragung. BGE 137 I 86 betraf die Geschlechtsangleichungsoperation selbst **BGE 137 I 86**. Die Bundesgerichtsentscheide **9C255/2016**, **9C331/2020** und **9C_123/2022** zu ergänzenden Eingriffen stellen nicht auf die Zweijahresfrist ab, sondern auf den Gesamtbehandlungsplan und die WZW-Kriterien **9C_255/2016** **9C_331/2020** **9C_123/2022**. Im Ergebnis steht der Freiburger Entscheid mit dieser Linie im Einklang, weil die Ablehnung bereits dadurch getragen war, dass die Hormontherapie eine weibliche Brust bewirkt hatte und nur ästhetische Gründe für den Eingriff verblieben.
- Eine Haartransplantation an der Stirn wurde zugesprochen. Eine Kahlheit von typisch männlichem Ausmass ist einem sekundären Geschlechtsmerkmal gleichzustellen **9C_331/2020**.
- Die Hormontherapie nach der Operation ist zu übernehmen, soweit sie Osteoporose vorbeugt. Soweit sie nur die weiblichen Geschlechtsmerkmale erhält, besteht kein Anspruch **K 64/00**.

Abgrenzung zu anderen Risiken und Leistungsarten

Prävention (Art. 26 KVG)

Art. 25 KVG erfasst Massnahmen bei einer offenkundigen Gesundheitsstörung, bei einem konkreten Krankheitsverdacht oder in einem frühen Stadium eines pathologischen Prozesses. Prävention nach Art. 26 KVG liegt dagegen vor, wenn weder ein konkretes Symptom noch ein konkreter Verdacht besteht **9C_438/2024**.

Die Kryokonservierung von Spermien vor einer Hormonbehandlung bei Geschlechtsdysphorie ist deshalb keine Prävention. Sie behebt eine direkte und sichere Folge der Krankheitsbehandlung, nämlich den Verlust der Fruchtbarkeit, und ist eine Leistung nach Art. 25 KVG **9C_438/2024**.

Massgebend ist die Ausgangslage im Zeitpunkt der Anordnung, also eine Betrachtung ex ante:

- Genetische Analysen bei einem Kind mit Sprachverzögerung und Dysmorphie dienten nur der Abklärung der Ursache. Es fehlten ein therapeutisches Ziel und ein konkreter Verdacht auf bestimmte Genomregionen. Das Bundesgericht verneinte die Leistungspflicht **9C_462/2016**.
- Das Sozialversicherungsgericht Zürich liess dagegen psychiatrische Abklärungen übernehmen. Es bestand ein konkreter Verdacht auf eine Angst- oder depressive Störung, und vom Ergebnis hing die Wahl der weiteren Therapie ab **KV.2015.00004**.

Mutterschaft (Art. 29 KVG)

Mutterschaft ist ein Vorgang des gewöhnlichen Lebens und keine Gesundheitsbeeinträchtigung. Treten Komplikationen auf, die eine medizinische Behandlung erfordern, gelten sie als Krankheit («grossesse pathologique»). Ihre Behandlung fällt über Art. 29 Abs. 1 KVG unter Art. 25 KVG **BGE 144 V 184**.

Daraus folgt eine Kostenbeteiligung. Das Bundesgericht hat diese Praxis aus dem alten Recht unter dem KVG beibehalten **BGE 127 V 268**. Zu unterscheiden ist:

- Risikoschwangerschaft und Komplikation: Eine Risikoschwangerschaft bedeutet noch nicht, dass eine Komplikation eingetreten ist. Die Behandlung einer eingetretenen Komplikation, etwa einer Thrombose, ist Krankheitsbehandlung **K 14/01**.
- Zeitpunkt der Behandlung: Eine Eileiterschwangerschaft ist eine pathologische Schwangerschaft. Wird sie vor der 13. Woche behandelt, bleibt die Kostenbeteiligung geschuldet. Die Befreiung nach Art. 64 Abs. 7 lit. b KVG greift erst ab der 13. Woche **BGE 144 V 184**.

Den umgekehrten Fall zeigt ein Genfer Entscheid: Die Ambulanz bei einer ungeplanten, komplikationslosen Hausgeburt wurde als Mutterschaftsleistung ohne Kostenbeteiligung behandelt. Kompressionsstrümpfe blieben dagegen Krankheitskosten **ATAS/642/2006**.

Unfall und Vorleistungspflicht

Bei Unfall leistet die OKP subsidiär (Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG). Ist umstritten, ob ein Unfall oder eine Krankheit vorliegt, ist der Krankenversicherer nach Art. 70 ATSG grundsätzlich vorleistungspflichtig. Es genügt, dass eine Verdachtsdiagnose die Behandlung rechtfertigt und diese im Zeitpunkt der Durchführung prospektiv als indiziert erscheint. Die Vorleistungspflicht entfällt erst, wenn die Behandlung den Kriterien von Art. 32 KVG offensichtlich nicht entspricht **BGE 131 V 78**.

Die Vorleistungspflicht hat Grenzen:

- Nichtpflichtleistungen: Sie erfasst keine Positionen ausserhalb der Pflichtleistungen, etwa nicht gelistete Arzneimittel **BGE 131 V 78**.
- Kein definitiver Anspruch: Scheidet ein definitiver KVG-Anspruch von vornherein aus, entfällt auch die Vorleistung. Das gilt etwa für ein nicht in der MiGeL aufgeführtes Rollstuhlzuggerät, das weder der Untersuchung noch der Behandlung dient **9C_529/2019**.
- Zweifel im Zeitpunkt der Leistung: Art. 70 ATSG setzt voraus, dass die Zweifel schon bei der Leistungserbringung bestanden. Hat ein Unfallversicherer ohne solche Zweifel bezahlt, kann er seine Leistung nicht nachträglich als Vorleistung vom Krankenversicherer zurückfordern **8C_512/2008**. Damit hob das Bundesgericht den gegenteiligen kantonalen Entscheid im selben Fall auf **S 2007 180**.

Zahnärztliche Behandlung (Art. 31 KVG)

Ob eine ärztliche oder eine zahnärztliche Behandlung vorliegt, entscheidet sich nach Ansatzpunkt und therapeutischer Zielsetzung **K 152/01**. Auf den Berufstitel kommt es nicht an. Behandelt ein Zahnarzt Kiefergelenks- oder Kiefermuskelsbeschwerden mit einer Aufbisschiene, ist das eine ärztliche Behandlung nach Art. 25 KVG

K 159/00. Eine ärztliche Behandlung des Kausystems ausserhalb der Zähne und des Zahnhalteapparats (Parodont) begründet bei Krankheitswert die Leistungspflicht nach Art. 25 KVG. Zahnärztliche Anteile richten sich dagegen nach Art. 31 KVG **K 62/99**.

Für einen Zahnschaden durch Unfall (Art. 31 Abs. 2 KVG) braucht es einen hinreichend bestimmten äusseren Faktor. Die blosse Vermutung, auf einen harten Fremdkörper gebissen zu haben, genügt nicht **9C_995/2010**.

Pflichtleistungsprinzip: offene Liste für ärztliche Leistungen, geschlossene Listen nach lit. b

Gesetzliche Vermutung für ärztliche Leistungen

Für ärztliche und chiropraktische Leistungen gilt die gesetzliche Vermutung, dass sie die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllen **BGE 129 V 167**. Anhang 1 KLV ist deshalb keine abschliessende Positivliste. Das Bundesgericht bezeichnet ihn als «catalogue "négatif" ou "conditionnel" restreint» **9C_438/2024**. In einer anderen Formulierung erteilt Art. 33 Abs. 1 KVG die Befugnis zu einer abschliessenden Negativliste **9C_702/2023**.

Ist eine Indikation im Anhang nicht genannt, wird ihre Übernahme nur ausgeschlossen, wenn ein qualifiziertes Schweigen vorliegt, die Indikation also implizit ausgeschlossen wurde. Die Kryokonservierung ist im Anhang nur für bestimmte Indikationen aufgeführt. Daraus folgt kein Ausschluss für die Indikation Geschlechtsdysphorie, die der zuständigen Kommission nie unterbreitet worden war **9C_438/2024**.

Die Vermutung entfällt, wenn eine Methode umstritten ist. Wurde eine Laserbehandlung von Aknenarben später mit dem Vermerk «nein, in Evaluation» in den Anhang aufgenommen, schloss das Bundesgericht daraus, dass sie schon im Zeitpunkt der Behandlung umstritten war **BGE 129 V 167**.

Beweisrechtlich ist die Vermutung von grosser Bedeutung:

- Der Versicherer kann eine nicht ausgeschlossene ärztliche Leistung nicht schon deshalb ablehnen, weil er ihre Wirksamkeit bezweifelt.
- Er muss die Verhältnisse im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes abklären, etwa durch ein Gutachten, und anschliessend verfügen.
- Bleibt die Sache beweislos, kommt die Vermutung zugunsten der versicherten Person zum Tragen **9C_712/2020**.

Das Bundesgericht hat deshalb Bundesrecht als verletzt erachtet, als eine H.E.L.P.-Apherese bei Post-Covid allein mit dem Hinweis auf fehlende Studien abgelehnt wurde **9C_702/2023**. Bei der Liposuktion wegen Lipödem bestand für 2019 Beweislosigkeit hinsichtlich Wirksamkeit und Zweckmässigkeit, was sich zugunsten der Versicherten auswirkte. Zur Wirtschaftlichkeit wies das Gericht die Sache jedoch zurück. Ist die Massnahme überwiegend wahrscheinlich unwirtschaftlich, besteht keine Leistungspflicht; ist sie wirtschaftlich oder bleibt die Frage beweislos, besteht sie **9C_41/2022**.

Kantonale Gerichte wenden die Vermutung in gleicher Weise an. Das Tessiner Versicherungsgericht verpflichtete den Versicherer zur Übernahme einer Laserepilation bei der seltenen Hypertrichosis lanuginosa congenita. Die Methode war nie Gegenstand der Kommission, und der Versicherer hatte keine wirksameren oder günstigeren Alternativen benannt **36.2002.64**. In dieselbe Linie fügt sich 9C_328/2016 zur tiefen Hirnstimulation bei Tourette-Syndrom ein **9C_328/2016**.

Komplementärmedizin. Hier zeigt sich, dass die Vermutung an die ärztliche Erbringung anknüpft. Nach der Tessiner Rechtsprechung übernimmt die OKP die im Anhang 1 KLV aufgezählten komplementärmedizinischen Behandlungen nur, wenn sie von einem Arzt mit dem entsprechenden Fähigkeitsausweis erbracht werden. Abgelehnt wurden deshalb eine traditionelle chinesische Medizin durch eine nichtärztliche Therapeutin **36.2017.23** und eine Akupunkturmassage durch eine Therapeutin. Die Ablehnung der

ärztlichen Akupunktur hob das Gericht dagegen auf und verlangte zuerst ein externes medizinisches Gutachten **35.2014.87**.

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Die WZW-Kriterien gelten für alle Leistungen nach Art. 25 KVG. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Eine ausschliesslich auf den Einzelfall bezogene Beurteilung genügt nicht **BGE 136 V 395**. Bei vergleichbarem Nutzen ist die kostengünstigste Variante zu wählen. Besteht ein grobes Missverhältnis zwischen Aufwand und Heilerfolg, ist die Leistung zu verweigern. Aus Gründen der Rechtsgleichheit stellt das Bundesgericht dabei auf verallgemeinerungsfähige Kriterien ab **BGE 136 V 395**.

Eine absolute Kostengrenze hat das Bundesgericht nicht festgelegt. Der Versuch eines Versicherers, seine Leistung für einen Spitalaufenthalt von 421 Tagen mit der QALY-Methode auf Fr. 300'000 zu begrenzen, scheiterte **BGE 145 V 116**. Wirtschaftlichkeit ist vergleichend und pro Massnahme zu prüfen. Fehlt eine Behandlungsalternative, stellt sich die Frage grundsätzlich nicht. Der Versicherer muss konkret dartun, welche Massnahme unnötig oder durch eine günstigere ersetzbar war **BGE 145 V 116**.

Auch eine gelistete Methode muss im Einzelfall zweckmässig sein. Eine endovenöse Laserbehandlung von Varizen ist nach Anhang 1 KLV grundsätzlich gedeckt. Sie war aber nicht zu übernehmen, weil die Beschwerden gering waren und die Kompressionstherapie «erst gar nicht versucht wurde» **9C_193/2019**. Umgekehrt muss der Versicherer belegen, dass eine Alternative wesentlich günstiger wäre: Eine jährliche Thermalkur wurde übernommen, weil nicht dargetan war, dass ambulante Physiotherapie deutlich wirtschaftlicher gewesen wäre **K 37/02**.

Positivlisten für Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände (lit. b)

Für die Leistungen nach lit. b hat der Gesetzgeber ein System von Positivlisten geschaffen: Analysenliste, Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) und Spezialitätenliste (SL). Diese Listen sind «à la fois exhaustives et contraignantes». Der Versicherer darf die Übernahme schon deshalb verweigern, weil das Produkt nicht aufgeführt ist. Die gesetzliche Vermutung für ärztliche Leistungen gilt hier nicht **BGE 134 V 83**.

Spezialitätenliste. Ein nicht gelistetes Arzneimittel ist auch dann nicht zu übernehmen, wenn es ärztlich verordnet sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist **9C_912/2010**. Eine eng begrenzte Ausnahme besteht bei lebensbedrohlicher oder schwerer chronischer Krankheit ohne therapeutische Alternative. Bei erektiler Dysfunktion mit einem gedeckten Alternativpräparat war sie nicht gegeben **9C_912/2010**. Ein früher Tessiner Entscheid hatte jede Ausnahme verneint **36.2000.107**. Diese Linie ist durch die spätere Rechtsprechung und die Regelung in Art. 71a ff. KVV überholt.

Für gelistete Arzneimittel gilt umgekehrt: Der Versicherer kann weder die Aufnahme in die SL noch den dort festgesetzten Preis anfechten. Für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall bleibt kein Raum, wenn die Limitierung erfüllt ist **BGE 142 V 478**.

Vergütung im Einzelfall (Art. 71a-71d KVV). Ausserhalb der Fachinformation oder der Limitierung (off-label-use) besteht grundsätzlich keine Kostenübernahmepflicht **BGE 146 V 240**. Ausnahmsweise wird übernommen, wenn eine von zwei Voraussetzungen erfüllt ist:

- Behandlungskomplex: Das Arzneimittel ist unerlässliche Voraussetzung einer anderen Pflichtleistung, die eindeutig im Vordergrund steht.
- Grosser therapeutischer Nutzen: Er wird gegen eine potenziell tödliche oder schwere chronische Krankheit erwartet, und es fehlen therapeutische Alternativen **9C_667/2015**.

Der grosse therapeutische Nutzen ist allgemein und im Einzelfall zu

beurteilen. Er muss durch publizierte Studien oder anderweitige veröffentlichte wissenschaftliche Erkenntnisse belegt sein. Blosser Wirksamkeit genügt nicht **9C_667/2015**. Bei einem Raucherentwöhnungsmittel, das den Konsum nur reduzieren und nicht beenden sollte, war ein solcher Nutzen wissenschaftlich nicht erstellt **9C_256/2023**.

Zur fehlenden Alternative hat das Sozialversicherungsgericht Zürich präzisiert, dass das Kriterium auch erfüllt sein kann, wenn zugelassene Alternativen bestehen. Entscheidend ist, ob der off-label-use «ein wesentlich besseres Risiko-Nutzen-Verhältnis verspricht» **KV.2020.00033**.

Die Preisfestsetzung ist Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Für eine Kombinationstherapie aus einzeln gelisteten Monotherapien muss der Versicherer den Preis mit den Zulassungsinhaberinnen festlegen, und zwar unter dem SL-Höchstpreis **BGE 146 V 240**. Das Tessiner Versicherungsgericht hat Zweifel geäussert, ob eine Leistungsverweigerung allein wegen eines Preisdissenses zwischen Versicherer und Zulassungsinhaberin für die versicherte Person nachvollziehbar ist. Es wies die Sache zur erneuten Beurteilung des Nutzens im Einzelfall zurück **36.2025.46**.

Mittel und Gegenstände. Die MiGeL ist abschliessend. Die aufgeführten Mittel werden höchstens zum angegebenen Höchstvergütungsbetrag vergütet. Wer ein teureres Produkt wählt, trägt die Differenz selbst **9C_216/2012**. Limitierungen nach Dauer oder Menge sind verbindlich **9C_456/2013**. Auch in medizinisch begründeten Spezialfällen besteht kein Anspruch auf vollständige Kostenübernahme **KV.2017.00015**. Eine Limitierung «pro Jahr (pro rata)» bezieht sich nach dem Sozialversicherungsgericht Zürich auf das Kalenderjahr und nicht auf rollende zwölf Monate **KV.2023.00080**.

Zur Abgrenzung gegenüber der Pflege: Material, das Pflegefachpersonen im Pflegeheim bei der Pflege anwenden, ist mit den Pflegebeiträgen abgegolten. Es kann nicht zusätzlich über die MiGeL verrechnet werden **c-3322-2015**.

Analysen. Die Aufnahme in die Analysenliste genügt nicht. Ausgeschlossen sind Analysen, bei denen schon bei der Anordnung feststeht, dass das Resultat keine medizinisch-therapeutischen Konsequenzen haben wird **9C_1011/2012**. Bejaht wurde die Übernahme genetischer Analysen bei Verdacht auf Marfan-Syndrom. Nur sie erlaubten eine sichere Diagnose, und von ihnen hingen Kontrollen und Medikamentenwahl ab. Eine Begrenzung der Vergütung ohne Grundlage in der Liste ist unzulässig **KV.2014.00050**.

Zusammentreffen von Pflicht- und Nichtpflichtleistungen: Behandlungskomplex und Austauschbefugnis

Behandlungskomplex. Treffen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen zusammen, gilt die Lehre vom Behandlungskomplex: Hängen die Massnahmen eng zusammen und überwiegt die Nichtpflichtleistung, ist die Gesamtheit nicht gedeckt. Deshalb werden Medikamente im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation (FIVETE) auch dann nicht übernommen, wenn sie auf der Spezialitätenliste stehen **K 107/03**. Die Lehre hat zwei Grenzen:

- Sie darf die Listenordnung nicht aushöhlen. Ein nicht gelistetes Arzneimittel ist keine unerlässliche Voraussetzung einer Pflichtleistung, wenn für die Indikation ein Listenpräparat zur Verfügung steht **K 63/02**.
- Der blosser Einsatz eines Hilfsmittels genügt nicht. Eine motorisierte Kniebewegungsschiene wurde über die MiGeL-Limitierung von 60 Tagen hinaus nicht übernommen, weil die Rehabilitation auch mit Physiotherapie erreichbar war **9C_456/2013**.

Austauschbefugnis. Sie ist im KVG grundsätzlich anwendbar, aber an zwei Voraussetzungen gebunden: Eine Pflichtleistung darf nicht durch eine Nichtpflichtleistung ersetzt werden, und beide Leistungserbringer müssen zugelassen sein. Für den Aufenthalt in einem nicht gelisteten Pflegeheim greift sie deshalb nicht **K 67/02**. Es besteht auch kein Anspruch darauf, anstelle der gesetzlichen Leistungen

kostengünstigere, nicht versicherte Leistungen zu beziehen
BGE 133 V 218.

Leistungserbringer nach lit. a

Ärztinnen, Ärzte und Chiropraktoren

Für den Umfang der Leistungen nach lit. a Ziff. 1 kommt es auf die Natur der Behandlung an, nicht auf den Berufstitel. Ein Zahnarzt, der eine ärztliche Behandlung in der Mundhöhle vornimmt, ist insoweit als Leistungserbringer anerkannt **K 159/00**. Dass ein Arzt die Leistung erbringt, genügt aber nicht. Die Behandlung muss Krankheitswert voraussetzen **K 62/99** und den WZW-Kriterien entsprechen **K 98/04**.

Chiropraktoren erbringen eigene Behandlungen nach Ziff. 2. Sie haben aber nicht die gleiche Verordnungsfreiheit wie Ärzte: Sie dürfen nach lit. b nur verordnen, was der Bundesrat zulässt **K 114/00**. Die Liste in Art. 4 KLV ist abschliessend. Nicht aufgeführte Mittel werden auch dann nicht übernommen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich wären **ATAS/186/2007**.

Pflegefachpersonen (Ziff. 2^abis)

Ziff. 2^abis wurde am 1. Juli 2024 eingeführt. Nach der Botschaft grenzt die neue Formulierung Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG klar von Art. 25a KVG ab: Die Bestimmung betrifft nur Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden. Die ausdrückliche Nennung der Pflegefachpersonen ändert nichts daran, dass aus Sicht der OKP das Spital der rechnungsstellende Leistungserbringer bleibt. Die Pflegeleistungen werden über die Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG vergütet **BBI 2022 1498**. Ziff. 2^abis begründet somit keinen eigenständigen Abrechnungsweg. Die Pflege ausserhalb einer stationären Behandlung richtet sich nach Art. 25a KVG. Die Bestimmung geht auf einen Minderheitsantrag zurück, der die Attraktivität des Berufs steigern wollte **BBI 2019 8015**.

Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag (Ziff. 3)

Die ärztliche Anordnung ist eine Voraussetzung der Leistungspflicht. Sie ersetzt aber nicht die Zulassung des Leistungserbringers. Der Katalog der zugelassenen Personen in Art. 46 KVV ist abschliessend. Eine Elektroepilation durch eine Elektrologin wurde deshalb trotz ärztlicher Verordnung und kantonaler Bewilligung nicht übernommen **9C_183/2016**. Der Verordnungsgeber anerkennt nur zwei Formen der Berufsausübung: selbständig und auf eigene Rechnung oder als Angestellte einer selbst zugelassenen Organisation. Angestelltes Pflegepersonal einer nicht zugelassenen Institution kann daher nicht zulasten der OKP tätig sein **BGE 133 V 218**.

Aus diesem System folgt auch, dass eine «delegierte» Physiotherapie nicht zulässig ist. Weil Physiotherapeutinnen und -therapeuten selbst als Leistungserbringer zugelassen sind, kann ein Arzt die Leistungen angestellter Physiotherapeuten nicht als ärztliche Leistung abrechnen **c-7498-2008**.

Psychologische Psychotherapie: vom Delegations- zum Anordnungsmodell

Bis 2022 war die psychologische Psychotherapie nur als delegierte ärztliche Leistung gedeckt. Sie musste in den Praxisräumen des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortung erbracht werden **BGE 125 V 441**. Verlangt war eine «klare, durch wirtschaftliche Abhängigkeit verstärkte Subordination». Konnte die Therapeutin eigenständig Patienten annehmen und trug sie Raumkosten, Weiterbildung und Versicherungen selbst, war die Leistung nicht gedeckt **K 76/02**.

Der Bundesrat hat inzwischen den Wechsel zum Anordnungsmodell beschlossen. Danach erbringen psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung selbständig zulasten der OKP **AB 2021 S 1208**. Von Juli bis Dezember 2022 galten beide Modelle parallel

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates: Bericht
. Für die Zulassung nach der Übergangsbestimmung verlangte das Verwaltungsgericht Zürich, dass die Person bei Inkrafttreten am 1. Juli 2022 bereits in substanziellem Umfang in der Schweiz berufstätig war **VB.2023.00648**.

Behandlungsort und Umfang der Leistung

Spitalbedürftigkeit und Abgrenzung zum Pflegeheim

Ein Aufenthalt zum Spitaltarif ist nur geschuldet, solange der Patient nach medizinischer Indikation im Spital behandelt, gepflegt oder rehabilitiert werden muss. Danach gilt der Pflegeheimtarif nach Art. 50 KVG **BGE 125 V 177**. Spitalbedürftigkeit besteht, solange von der laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist. Für psychiatrische Dauerpatienten gelten grundsätzlich die Regeln für Pflegeheimpatienten. Das gilt auch, wenn eine Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zur Medikamenteneinnahme nötig ist **K 20/06**.

Fehlende Pflegeplätze ändern daran nichts. Bleibt ein Patient nur mangels Platz im Akutspital, gilt dennoch der Pflegetarif **K 20/06**. Für den Übertritt ist eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen **K 44/05**. Die Rechtsprechung hat wiederholt dreissig Tage als rechtens erachtet **K 20/06**. Im Einzelfall wurde der Spitaltarif noch für mehrere Monate nach Wegfall der Spitalbedürftigkeit zugesprochen **K 56/00**. Die Anpassungszeit dient aber nicht dazu, Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz zu finanzieren. In diesem Fall gilt der Pflegetarif ohne Übergangsfrist **KSCHG 2020/4**.

Palliative Pflege. Sie begründet für sich allein keine Akutspitalbedürftigkeit. Das Basellandschaftliche Kantonsgericht bezeichnete Palliative Care als Versorgungskonzept, nicht als Begriff der OKP **730 13 135**. Im selben Fall bejahte das Bundesgericht die Akutspitalbedürftigkeit nach einer gastrointestinalen Blutung bis zum Tod, also für einen längeren Zeitraum als die Vorinstanz **9C_67/2014**. Ein Waadtländer Entscheid deckte einen Aufenthalt auf einer spezialisierten Palliativstation, weil die instabile Lage täglich ärztlich beurteilt werden musste **CASSO ze19-049928-am3519-132020/2020**.

Suchtbehandlung. Für die stationäre Behandlung von Suchterkrankungen gilt derselbe Massstab. Ein einmonatiger psychiatrischer Aufenthalt wegen akuter Alkoholvergiftung war nicht zu übernehmen, weil eine ambulante Behandlung genügt hätte **36.2020.39**. Wiederholte Aufenthalte bei Alkoholabhängigkeit mit Selbst- und Fremdgefährdung waren dagegen gedeckt. Der Einwand, es fehle der Wille zur Entwöhnung, drang nicht durch **36.2021.29**. Steht ein psychisches Grundleiden im Vordergrund, kann der stationäre Aufenthalt auch ohne eigentliche Suchttherapie geschuldet sein **KV.2005.00049**.

Pflegeheim. Beim Aufenthalt im Pflegeheim vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege. Tarifrrechtlich gilt der Aufenthalt als ambulante Behandlung. Massgebend ist deshalb der Tarif am Aufenthaltsort. Persönliche oder soziale Gründe für einen ausserkantonalen Aufenthalt rechtfertigen keinen höheren Tarif **BGE 126 V 484**. Der Tarifschutz verbietet es dem Pflegeheim, den Versicherern einen Pflegekostenfehlbetrag zusätzlich zu verrechnen. Er gilt aber nur für Leistungen nach KVG **9C_627/2010**. Die ungedeckten Restkosten trägt nach Art. 25a Abs. 5 KVG der Kanton. Kantonale Höchstansätze sind nur zulässig, soweit sie im Einzelfall kostendeckend sind **9C_446/2017**.

Allgemeine Abteilung und Zusatzversicherung (lit. e)

Das KVG garantiert auch Zusatzversicherten den Anspruch auf Behandlung in der allgemeinen Abteilung. Wer eine Zusatzversicherung hat, verzichtet damit nicht automatisch auf den Tarifschutz. Massgebend ist, ob die Person tatsächlich als Privat- oder Halbprivatpatient hospitalisiert wird. Das Spital darf nur dann über den OKP-Tarif hinaus abrechnen, wenn der konkrete Aufenthalts- und Behandlungsvertrag dies vorsieht **9C_383/2009**.

Wählt die Patientin die Privatabteilung, steht sie für die Mehrleistungen ausserhalb des KVG-Systems. Die OKP schuldet dann nur den Betrag, auf den auch eine allgemein versicherte Person Anspruch hätte. Das hat das Bundesgericht für die Rechtslage bis Ende 2008 entschieden **BGE 135 V 443**. Im Bereich, den die Grundversicherung deckt, geniessen Zusatzversicherte in Listenspitälern den gleichen Tarifschutz wie Allgemeinversicherte. Eine zusätzliche Verwaltungsgebühr ist deshalb unzulässig **S 98 688**. Auch in der allgemeinen Abteilung einer Privatklinik darf kein Zusatzhonorar für eine Pflichtleistung verlangt werden **K 5/03**. Weil es auf den tatsächlichen Aufnahmezustand ankommt, sollte dieser bei Zusatzversicherten ausdrücklich vereinbart und festgehalten werden.

Medizinische Rehabilitation (lit. d) und Badekuren (lit. c)

Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an. Sie will krankheits- oder behandlungsbedingte Funktionseinbussen beheben oder bei chronisch Kranken das Funktionsvermögen erhalten. Sie kann ambulant, in einer Kuranstalt, im Pflegeheim oder in einer spezialisierten Klinik erfolgen. Für die Klinik ist Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt **K 180/00**. Erholungskuren sind keine Pflichtleistungen. Für die Abgrenzung ist auf die Zielsetzung der Massnahme abzustellen **K 180/00**. Dass ein Aufenthalt dem Wohlbefinden diene, genügt nicht. Ohne Medikamente, Pflege oder Therapien fehlt die Spitalbedürftigkeit **9C_253/2020**. Bejaht wurde eine stationäre Rehabilitation bei deutlichen Funktionseinbussen, einem konkreten Rehabilitationsziel und Rehabilitationspotenzial. Massgebend waren die Verhältnisse beim Eintritt **KV.2017.00121**.

Der Beitrag an ärztlich angeordnete Badekuren setzt kumulativ voraus: eine ärztliche Anordnung, ein zugelassenes Heilbad und eine Unterkunft ausserhalb der eigenen Wohnung. Er beträgt Fr. 10.- pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr **730 25 209**. Aus diesem Beitrag folgt kein Anspruch auf Übernahme der gesamten Aufenthaltskosten bei einer wohnortsfernen ambulanten Rehabilitation **9C_85/2013**.

Geburtshaus (lit. f^{abis})

Lit. f^{abis} deckt den Aufenthalt bei der Entbindung in einem Geburtshaus. Für Geburtshäuser gelten die Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 KVG sinngemäss. Ein Kanton darf den Leistungsauftrag an einen Kooperationsvertrag mit einer Geburtsklinik und einer Neonatologie knüpfen, um Notfälle abzusichern. Die freie Spitalwahl wird dadurch nicht verletzt **c-2894-2019**. Bei einer ambulanten Geburt im Geburtshaus ist die Infrastruktur über eine Pauschale abzugelten. Die Leistungen der Hebammen sind darin nicht enthalten **c-2727-2013**.

Transport und Rettung (lit. g)

Lit. g gewährt nur einen Beitrag. Nach Art. 26 KLV übernimmt die Versicherung 50 Prozent der Kosten medizinisch indizierter Transporte, höchstens Fr. 500.- pro Kalenderjahr **9C_540/2019**. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aus ärztlich bescheinigten medizinischen Gründen weder öffentliche Verkehrsmittel noch ihr eigenes Fahrzeug benutzen kann. Ein speziell ausgerüstetes Fahrzeug ist nicht nötig; auch ein Taxi kann genügen **9C_637/2024**. Die fehlende kantonale Zulassung des Transportdienstes steht dem Beitrag nicht entgegen **9C_540/2019**.

Ein Spezialtransport ist hingegen nicht schon deshalb geschuldet, weil jemand im Rollstuhl sitzt. Es muss feststehen, dass ein gewöhnliches Taxi oder ein Privatwagen nicht genügt hätte **9C_408/2018**. Transporte durch Angehörige sind nicht gedeckt, es sei denn, die Person ist selbst eine zugelassene Fachperson **9C_759/2011**. Das gilt auch für ein Mietauto, das Eltern oder Geschwister fahren **36.2016.117**. Die Notwendigkeit beurteilt sich ex ante, im Zeitpunkt des Aufgebots. Stirbt die versicherte Person vor der Behandlung, bleibt der Beitrag geschuldet **K 88/01**. Ärztliche

Leistungen während des Transports fallen nicht unter den limitierten Beitrag, sondern sind nach lit. a separat zu übernehmen. Verlegungen von Spital zu Spital sind Teil der stationären Behandlung **BGE 130 V 424**.

Bei Rettungen übernimmt die Versicherung 50 Prozent der Kosten, höchstens Fr. 5'000.- pro Kalenderjahr. Ein Transport ist nicht erforderlich **730 22 110/157**. Nach dem Bundesgericht setzt die Leistungspflicht eine tatsächlich eingetretene Gesundheitsbeeinträchtigung voraus. Eine bloss objektiv gefährliche Lage, etwa nach einem Orientierungsfehler oder bei schlechtem Wetter in den Bergen, ist kein Versicherungsfall **9C_876/2007**. Das St. Galler Versicherungsgericht liess dagegen ex ante eine akute, unabwendbare Gefährdung von Leib und Leben genügen. Damit können auch rein präventive Rettungsmassnahmen erfasst sein **KV 2015/13**. Zwischen beiden Linien besteht eine Spannung. Der kantonale Entscheid setzt sich mit **9C_876/2007** nicht auseinander. Massgebend bleibt bis zu einer Klärung die bundesgerichtliche Anforderung eines realisierten Risikos, wobei die Gefährdungslage im Zeitpunkt der Alarmierung beweismässig sorgfältig festzuhalten ist.

Apothekerleistung (lit. h)

Nach lit. h vergütet die OKP nicht nur das Arzneimittel, sondern auch die pharmazeutische Leistung bei der Abgabe. Die Einzelheiten regeln die Tarifverträge. Versandapotheken erbringen grundsätzlich die gleichen Leistungen wie Offizinapotheken und haben Anspruch auf Apotheker- und Patiententaxe. Eine tatsächlich durchgeführte Beratung ist nicht erforderlich. Das gilt auch, wenn das Arzneimittel über den verschreibenden Arzt ausgehändigt wird **K 158/05**. Ein Zuschlag für die betäubungsmittelrechtlichen Kontrollpflichten ist als pharmazeutische Fachleistung zu übernehmen **II 2021 124**. Die Taxen setzen aber eine Abgabe nach lit. b voraus. Für eine nicht gelistete Packungsgrösse besteht kein Anspruch **ATAS/573/2005**.

Leistungen im Ausland

Die OKP folgt dem Territorialitätsprinzip. Im Ausland erbrachte Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG werden nur aus medizinischen Gründen übernommen, das heisst bei einem Notfall oder bei einer schweren Lücke in der inländischen Versorgung. Ein Notfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person ins Ausland reist, um sich dort behandeln zu lassen. Wird eine anerkannte Methode in der Schweiz üblicherweise angewendet, besteht kein Anspruch, auch nicht auf die hypothetischen Inlandkosten **9C_569/2020**. Beim Notfall ist entscheidend, dass die Behandlung unerwartet nötig wurde und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angezeigt war **K 65/03**.

Bejaht wurde die Übernahme einer Operation in Deutschland, weil das Warten auf den Eingriff in der Schweiz lebensgefährlich gewesen wäre. Eng zusammenhängende Voruntersuchungen und Transporte waren eingeschlossen **9C_110/2011**. Bei einem behandlungsbedürftigen Unwohlsein während eines Auslandsaufenthalts kann nicht verlangt werden, dass die versicherte Person sofort zurückreist. Gedeckt sind dann aber nur die notwendigen Leistungen; einen stationären Entzug verneinte das Sozialversicherungsgericht Zürich **KV.2010.00079**.

Verfahren und Beweis

Der Versicherer klärt den Leistungsanspruch von Amtes wegen ab. Im Sozialversicherungsprozess gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Eine Beweislast trägt eine Partei nur insofern, als bei Beweislosigkeit zu ihren Ungunsten entschieden wird **9C_712/2020**. Bei ärztlichen Leistungen fällt dieses Risiko wegen der gesetzlichen Vermutung dem Versicherer zu (siehe oben). Die Leistungserbringer trifft eine Mitwirkungspflicht. Verweigert der Arzt die Angaben, die zur Prüfung der Leistungspflicht nötig sind, kann dies einer vorläufigen Leistungspflicht entgegenstehen **K 97/01**.

Eine Kostengutsprache ist zunächst kein verbindliches Leistungsversprechen. Der Versicherer kann die Übernahme später verweigern, wenn er die Behandlung als nicht indiziert oder nicht WZW-konform beurteilt. Eine Kostengutsprache, die unklar ist oder Vorbehalte enthält, begründet weder eine Schuldanererkennung noch eine verlässliche Zusage **BGE 142 V 478**.