

4.1 Grundprinzipien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die massgebenden gesetzlichen Grundlagen der sozialen Krankenversicherung sind das Krankenversicherungsgesetz (KVG), die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV). Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind ebenso von massgebender Bedeutung. Ferner spielt das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU/EFTA (FZA) eine wichtige Rolle.

Versicherungspflicht

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist die gesamte Wohnbevölkerung versichert. Massgebend ist das Kostenerstattungsprinzip, das heisst, die OKP erstattet die Kosten der Versicherungsleistungen zurück und erbringt diese Leistungen nicht selbst. In der OKP kommt es nicht darauf an, weshalb jemand krank geworden ist; es gibt daher auch keine Kürzung bei Selbstverschulden.

Für die gesamte Schweiz gilt ein Versicherungspflicht. Es ist Sache der Kantone, die Versicherungspflicht durchzusetzen, wenn nötig auch in Form einer Zwangszuweisung an eine Krankenkasse.¹

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz ist der OKP unterstellt², wobei sich der Wohnsitz nach Art. 23 - 26 Zivilgesetzbuch (ZGB) definiert.³ Vom Grundsatz der Anknüpfung an den zivilrechtlichen Wohnsitz sieht der Gesetzgeber Ausnahmen vor.⁴ Wer seinen Wohnsitz in der Schweiz hat, muss sich in der OKP versichern und dies spätestens drei Monate nach Wohnsitznahme oder Geburt. Diese Frist gilt auch für Eltern, die ihr neugeborenes Kind in der Schweiz bei der Krankenversicherung anmelden müssen.

Der Bundesrat kann aber die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen.⁵ Nicht der Versicherungspflicht unterstehen Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder Kur in der Schweiz aufhalten.⁶

Das Versicherungspflicht gilt zudem für die gemäss [Art. 1 Abs. 2 KVV](#) aufgezählten Personen. Vorbehalten sind staatsvertragliche Regelungen.

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Versicherung haben, gemäss Art. 4 KVG frei wählen. Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, werden von der vom Kanton bezeichneten Behörde einem Versicherer zugewiesen. Hier gilt dann keine freie Wahl. Personen aus der Schweiz, die im Ausland auf Reisen gehen und dort keinen Wohnsitz nehmen, bleiben ebenso der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstellt.⁷

Touristinnen und Touristen aus der EU/EFTA haben mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) Anspruch auf medizinische Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz (siehe [Kapitel 3.10](#)). Britinnen und Briten geniessen aufgrund eines [Abkommens über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich](#) die gleichen Rechte. Touristinnen und Touristen aus anderen Ländern (ausserhalb EU/EFTA/UK) müssen für eine ausreichende Versicherung sorgen.

Staatsangehörige der Schweiz oder der EU/EFTA oder des Vereinigten Königreichs (UK), die von einer Unternehmung mit Sitz in der Schweiz für eine Dauer von höchstens 24 Monaten in einen EU-/EFTA-Mitgliedstaat oder UK entsandt werden, unterstehen weiterhin der schweizerischen Sozialversicherungsgesetzgebung. Dies gilt auch für die Krankenversicherung.

Die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstreckt sich nicht auf ärztliche Selbstbehandlungen. «Das vom Gesetzgeber gewählte System des Tiers garant (siehe Art. 42 Abs. 1 KVG) beruht auf einem personalen Dreiecksverhältnis zwischen Versicherer (Krankenkasse), versicherter Person (Patient) und Leistungserbringer (z.B. Ärztin). Gleiches gilt ohne Weiteres auch für das System des Tiers payant. Sind nun aber - wie hier - Patient und Arzt identisch, schuldet Ersterer sich selbst mangels eines zivilrechtlichen Vertragsverhältnisses offensichtlich keine Vergütung für die an seiner eigenen Person vorgenommenen ärztlichen Behandlungen».⁸ Wenn hingegen Ärztinnen und Ärzte ihre Familienangehörigen behandeln, ist die Behandlung kassenpflichtig.

Beendigung der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung endet, wenn die versicherte Person nicht mehr der Versicherungspflicht unterstellt ist: Im Todesfall und bei Verlegung des Wohnsitzes von der Schweiz in ein anderes Land, sofern sich die Person nicht aufgrund von bilateralen Abkommen mit der EU und der EFTA oder gemäss einem anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen weiterhin in der Schweiz versichern muss.

Vorleistungspflicht

Die Behandlungskosten werden von der Krankenkasse aber nur übernommen, wenn keine andere Sozialversicherung (Unfallversicherung, Militärversicherung, Invalidenversicherung) zuständig ist. Dafür werden auch die Unfallbehandlungen durch die Krankenkasse nach den KVG-Regeln übernommen, wenn Patientinnen und Patienten keine UVG-Versicherung haben. Die Deckung für Unfälle bei der Krankenpflegeversicherung kann bei Versicherten sistiert werden, wenn sie via Arbeitgeber eine UVG-Deckung haben. Teilzeitbeschäftigte Angestellte, deren wöchentliche Arbeitszeit bei einem Arbeitgeber mindestens acht Stunden beträgt, sind auch gegen Nichtberufsunfälle versichert.⁹ Endet die Unfalldeckung nach UVG ganz oder teilweise, sind Unfälle wieder nach der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt.

Die Krankenpflegeversicherung ist vorleistungspflichtig im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungen: Wenn die Leistungspflicht gemäss UVG, MVG oder IVG umstritten ist, zahlt die Krankenkasse nach den Regeln des KVG bis zur Klärung des Falls.¹⁰ Falls ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründet, aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen.¹¹ Für diesen Fall hat der Gesetzgeber explizit geregelt, dass die Krankenversicherung für Sachleistungen und Tagelder vorleistungspflichtig ist.¹²

Kostenerstattungsprinzip

In Art. 25 Abs. 1 KVG heisst es, dass die OKP die Kosten für jene Leistungen übernimmt, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Krankheitsbehandlung umfasst auch die Pflegeleistungen, sofern diese dazu beitragen, eine Gesundheitsbeeinträchtigung zu beheben oder zu lindern. Die Behandlungsführung und -verantwortung liegt damit bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, und nicht beim Krankenversicherer. Diagnostische und therapeutische Leistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim erbracht werden können, werden übernommen, sofern diese von Ärztinnen und Ärzten, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von Ärztinnen und Ärzten oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen, erbracht werden.¹³

Das KVG sieht in Art. 58 h Massnahmen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vor. Der Bundesrat kann namentlich bei «besonders kostspieligen Diagnose- oder Behandlungsverfahren die vorgängige Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin» verlangen.¹⁴

Pflichtleistung und Indikation im KVG

Das Gesetz definiert Krankheit als «jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat».¹⁵

Die Krankenversicherer dürfen im Rahmen der Krankenpflegeversicherung nur die Kosten für die gesetzlichen Leistungen übernehmen: «Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 übernehmen».¹⁶ In Art. 32 KVG sind die zentralen Leistungsvoraussetzungen der Krankenpflegeversicherung gesetzlich verankert: *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Sie müssen zudem auf das begrenzt werden, was «im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist».¹⁷ Sofern diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, entfällt eine Kostenübernahmepflicht des Krankenversicherers. Sofern sie jedoch erfüllt sind, gilt die [Pflichtleistungsvermutung / Vertrauensprinzip](#).

Der Gesetzgeber listet die *Versicherungsleistungen in Leistungskatalogen* auf. Für alle von Ärztinnen und Ärzten durchgeführten Untersuchungen oder Behandlungen gilt die Vermutung, dass sie Pflichtleistungen sind. Davon

ausgenommen sind die in Anhang 1 KLV bezeichneten Nichtpflichtleistungen.¹⁸ Diese Aufzählungen sind abschliessend und zwingend. Entscheidend für die Frage, ob eine Behandlung von der Krankenversicherung bezahlt wird, ist damit grundsätzlich die medizinische Indikation.

Die Wirksamkeit muss gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Eine Leistung ist dann wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt. «Ob sie zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung».¹⁹

«Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich gemäss Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen (...). Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 BV), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (...), was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt».²⁰

Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Am 1. April 2021 traten Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Kraft. Mit dem Inkrafttreten der KVG-Änderung erhielt der Bundesrat die Aufgabe, alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele für die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen (Art. 58 KVG). Damit und mit der Überprüfung der Zielerreichung übernimmt der Bundesrat die Führung in der Qualitätsentwicklung. Das revidierte KVG enthält neue Instrumente, die dazu dienen, die Ziele des Bundesrates zu konkretisieren und umzusetzen. Der Bundesrat agiert als strategisches Organ. Er setzt eine Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ein (Art. 58 b KVG). Neu ist in Art. 58 a KVG vorgesehen, dass die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung abschliessen (Qualitätsverträge). Gemäss Art. 58 a Abs. 6 KVG haben sich die Leistungserbringer an die Qualitätsverträge zu halten. Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 58 a Abs. 7 KVG).

Der Gesetzgeber verlangt vom Leistungserbringer, dass er sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.²¹ Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Demnach kann eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden.²² Die Wirtschaftlichkeitskontrolle kann mittels verschiedener Methoden durchgeführt werden.²³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung alle direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt oder Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern²⁴, unter Vorbehalt einer nur teilweisen Weitergabe gemäss vertraglicher Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse (siehe [Kapitel 4.4](#)). Falls der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weitergibt, kann die versicherte Person oder die Krankenkasse deren Herausgabe verlangen.²⁵

Zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der OKP vorgesehenen Leistungen werden bei Verstössen eines Leistungserbringers gegen die Vorschriften zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle oder gegen vertragliche Abmachungen Sanktionen ergriffen.²⁶

Aber auch die Rechtsprechung präzisiert mittels Präjudizien wichtige inhaltliche Vorgaben zum Wirtschaftlichkeitsverfahren. Am 12. Dezember 2023 hat das Bundesgericht mit einem weiteren Leiturteil eine Praxisänderung zum Wirtschaftlichkeitsverfahren im KVG eingeleitet.²⁷ Im Wesentlichen hält es fest, dass seit dem Rechnungsjahr 2017 der neue Vertrag zwischen FMH, santésuisse und curafutura gilt und dass die dort festgelegte Methode zweiteilig ist. Das Ergebnis des Screenings zeigt nicht eine unwirtschaftliche Behandlungsweise auf, sondern erst einmal nur eine auffällige Kostenstruktur und damit ist die Notwendigkeit einer Einzelfallprüfung gegeben. Diese Haltung hatte santésuisse bisher verneint. Weitere Kernaussagen aus dem Leiturteil:

- Praxistypologische Merkmale müssen zwingend auf Stufe der Einzelfallprüfung berücksichtigt werden, wenn sie nicht als Screening-Faktor implementiert werden können.
- Relevant ist, dass sich die Kostenstruktur von selbstdispensierenden Internistinnen und Internisten erheblich von derjenigen entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte ohne diese Praxisbesonderheit unterscheidet.

- Eine im Screening konstatierte Auffälligkeit erbringt somit keinen Nachweis für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung, sondern leitet ein entsprechendes Feststellungsverfahren der Unwirtschaftlichkeit ein.
- Die Krankenversicherer haben den Beweis zur Grundlage der Rückforderung zu erbringen. Die Screening-Methode allein ist somit kein hinreichendes Beweismittel. Erst wenn die Ergebnisse der Einzelfallprüfung zeigen, dass eine unwirtschaftliche Behandlung vorliegt, ist der Beweis für eine Rückforderung gegeben.

- 1 Art. 6 Abs. 2 KVG.
- 2 Art. 3 Abs. 1 KVG.
- 3 Art. 1 Abs. 1 KVV.
- 4 Art. 3 Abs. 2 KVG.
- 5 Art. 3 Abs. 3 KVG.
- 6 Art. 2 Abs. 1 lit. b KVV.
- 7 www.bag.admin.ch Versicherung Krankenversicherung In der Schweiz wohnhafte Versicherte Versicherungspflicht. [Link](#).
- 8 BGE 133 V 416 Erw. 3.1.
- 9 Art. 13 Abs. 1 UVV.
- 10 Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG.
- 11 Art. 70 Abs. 1 ATSG.
- 12 Art. 70 ATSG.
- 13 Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG.
- 14 Art. 58 h Abs. 1 lit. a KVG.
- 15 Art. 3 ATSG.
- 16 Art. 34 Abs. 1 KVG.
- 17 Art. 56 Abs. 1 KVG.
- 18 Diese Elemente würden aneinandergereiht eine Negativ-Liste darstellen.
- 19 BGE 130 V 299.
- 20 BGE 136 V 395 Erw. 7.4.
- 21 Art. 56 Abs. 1 KVG.
- 22 Art. 56 Abs. 2 KVG; BGE 130 V 377, 137 V 43.
- 23 BGE 135 V 237.
- 24 Art. 56 Abs. 3 KVG.
- 25 Art. 56 Abs. 4 KVG.
- 26 Art. 59 KVG.
- 27 BGE 150 V 129. Lang Gabi, Herzog-Zwitter Iris, Müller Patrick, Wirtschaftlichkeitsprüfung: wegweisendes Bundesgerichtsurteil SAEZ 2024;105(17-18):44-47. = Nr. 17-18, 2024. [SAEZ-Archiv](#).

Letzte Aktualisierung am 12.08.2026