

4.2 Leistungserbringer und Wahlfreiheit im KVG

Das Krankenversicherungsgesetz legt fest, welche Leistungserbringer über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen können. In der Wahl dieser Leistungserbringer sind die Versicherten aber grundsätzlich frei.

Art. 35 KVG definiert, welche Leistungserbringer für das KVG zugelassen sind:

- Ärzte und Ärztinnen
- Apotheker und Apothekerinnen
- Chiropraktoren und Chiropraktorinnen
- Hebammen
- Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen
- Laboratorien
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen
- Spitäler
- Geburtshäuser
- Pflegeheime
- Heilbäder
- Transport- und Rettungsunternehmen
- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Leistungserbringer nach [Art. 35 Abs. 2 lit. a–g, m und n](#) (https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de#art_35) KVG dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.¹

Wer die kantonalen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer). Diese wird von der SASIS AG vergeben.² Die ZSR-Nummer wird an selbständig tätige, natürliche oder juristische Personen (Organisationen) erteilt, die zu Lasten der Krankenversicherung tätig sein können und wollen. Nach Erhalt der ZSR-Nummer sind Ärztinnen und Ärzte davon entlastet, jedem Versicherer einzeln den Nachweis ihrer Zulassung und Qualifikation erbringen zu müssen (siehe [Kapitel 2.3](#) (<https://leitfaden.samw.fmh.ch/rechtlicher-leitfaden/2-rahmenbedingungen-des-arztes/23-berufsausuebung-zulassung.cfm>)).

Angestellte Ärztinnen und Ärzte haben eine K-Nummer.³

Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme im ambulanten Bereich

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die ambulante Behandlung geeignet sind, frei wählen. Der Krankenversicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.⁴

Vorbehalten bleiben die sogenannten besonderen Versicherungsmodelle (siehe [Kapitel 4.3](#) (<https://leitfaden.samw.fmh.ch/rechtlicher-leitfaden/4-leistungen-kvg/43-besondere-modelle-kvg.cfm>)).

Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme im stationären Bereich

Die Versicherten können für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital).⁵ Die Krankenkasse und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49 a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Dasselbe gilt sinngemäss für Geburtshäuser. Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus vereinbaren die Vertragspartner Pauschalen, in der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Vergütung wird vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen.

Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil gemäss Art. 49 a Abs. 2 KVG für

- Versicherte, die im Kanton wohnen;
- Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz:
 1. Grenzgänger und Grenzgängerinnen sowie deren Familienangehörige,
 2. Familienangehörige von Niedergelassenen, von Aufenthalterinnen und Aufenthaltern und von Kurzaufhalterinnen und Kurzaufhaltern
 3. Bezügerinnen und Bezüger einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes ausserkantonales Listenspital, so übernehmen die Versicherung und der Wohnkanton die Vergütung auch anteilmässig nach Art. 49 a KVG. Soll die Behandlung zum Tarif des behandelnden Spitals erfolgen, braucht es – ausser im Notfall – eine Bewilligung (Kostengutsprache) des Wohnkantons.⁶

Neben den Listenspitälern gibt es in der Grundversicherung noch die Kategorie der Vertragsspitäler.⁷ Gegenstand des Vertrages können nur gesetzlich vorgesehene Pflichtleistungen sein. Die Vergütung des Vertragsspitals entspricht maximal dem Anteil, den die Krankenkasse bei einem Listenspital zu tragen hätte. Als Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots darf eine Krankenkasse bei Verträgen mit Nichtlistenspitälern keinen höheren Tarif als bei Verträgen mit Listenspitälern der Spitalliste des Wohnkantons vorsehen. Die Vertragsspitäler sind nicht wie die Listenspitäler verpflichtet, eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Ebenso liegt keine gesetzlich freie Wahl der Versicherten gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG vor. Vertragsspitäler sind weder der kantonalen Spitalplanung unterstellt, noch haben sie einen kantonalen Leistungsauftrag.

1 Art. 36 KVG.

2 Siehe www.sasis.ch ZSR. [Link. \(https://www.sasis.ch/zsr/\)](https://www.sasis.ch/zsr/)

3 www.sasis.ch ZSR Anträge & Mutationen Ärztinnen und Ärzte Antrag K-Nummer. [Link. \(https://www.sasis.ch/zsr/antraege/\)](https://www.sasis.ch/zsr/antraege/)

4 Art. 41 Abs. 1 KVG. Keine freie Arztwahl, wenn Versicherungsmodell «Krankenpflegeversicherung mit einer geschränkten Wahl des Leistungserbringers» gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG gewählt wurde.

5 Art. 41 Abs. 1 bis KVG.

6 Art. 41 Abs. 3 KVG.

7 Art. 49 a Abs. 4 KVG.

Letzte Aktualisierung am 12.06.2026