Art. 34 KVG: Umfang der Kostenübernahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Regelungsfunktion: negative Leistungsschranke und begrenzte Auslandöffnung

Art. 34 KVG ist keine eigenständige Leistungsnorm im Sinn eines materiellen Anspruchskatalogs, sondern eine Schranken- und Delegationsnorm. Abs. 1 schliesst die Kostenübernahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf Leistungen nach Art. 25 bis 33 KVG ein und alle übrigen Kosten aus **Art. 34 KVG**. Der positive Inhalt dieser Schranke ergibt sich aus dem allgemeinen Krankheitsleistungskatalog von Art. 25 KVG, den WZW-Voraussetzungen von Art. 32 KVG und den Bezeichnungs- und Delegationsregeln von Art. 33 KVG **Art. 25 KVG Art. 32 KVG Art. 33 KVG**. Für Analysen, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände operationalisiert Art. 52 KVG diese Schranke über Listen, Tarife, Preise und Vergütungsansätze **Art. 52 KVG**.

Abs. 2 und 3 behandeln demgegenüber nicht den gesamten Auslandbezug des Krankenversicherungsrechts. Sie ermächtigen den Bundesrat, für in der Schweiz wohnhafte Versicherte ausnahmsweise Kosten im Ausland erbrachter Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 KVG zu übernehmen, namentlich aus medizinischen Gründen, im Rahmen grenzüberschreitender Zusammenarbeit und bei bestimmten Entbindungen im Ausland, sowie diese Übernahme zu begrenzen **Art. 34 KVG**. Das Bundesgericht leitet aus Art. 34 Abs. 2 KVG keinen unmittelbaren und unbedingten Leistungsanspruch ab; die Norm gibt dem Bundesrat eine Regelungskompetenz, deren konkrete Ausgestaltung insbesondere in Art. 36 KVV erfolgt **BGE 128 V 75 Art. 36 KVV**.

Die 2016 beschlossene und seit 1. Januar 2018 geltende Änderung betrifft Abs. 2 und den neuen Abs. 3: Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit wurde als formellgesetzliche Grundlage aufgenommen, weil die frühere Pilotprojektregelung auf Verordnungsstufe dafür nach der Botschaft nicht genügte; zugleich sollte das Territorialitätsprinzip nur begrenzt gelockert, nicht aufgegeben werden **Art. 34 KVG BBl 2016 1**. Eine 2026 veröffentlichte Botschaft sieht als noch nicht geltendes Recht eine weitere Öffnung für im EWR bezogene Mittel und Gegenstände durch einen neuen Art. 34 Abs. 2 Bst. c E-KVG und einen neuen Abs. 4 E-KVG vor **BBl 2026 1948**.

Geschlossener Leistungskatalog und zwingende Grenze der OKP

Der Wortlaut von Art. 34 Abs. 1 ist verbietend formuliert: Versicherer „dürfen" im OKP-Rahmen keine anderen Kosten übernehmen als diejenigen für Leistungen nach Art. 25 bis 33 KVG **Art. 34 KVG**. Daraus folgt nicht bloss ein Anspruchsausschluss gegenüber Versicherten, sondern eine systemische Grenze der sozialen Krankenversicherung. Nicht gelistete oder ausserhalb des gesetzlichen Katalogs liegende Leistungen können nicht durch Kulanz, Analogie oder eine einzelfallweise WZW-Prüfung in die OKP hineingezogen werden, soweit keine anerkannte Ausnahme greift **K 147/06 9C_92/2012**.

Das Bundesgericht formuliert diesen Grundsatz für die Positivlisten besonders klar: Die Listen sind erschöpfend und verbindlich, weil die Versicherer nach Art. 34 Abs. 1 KVG nur Leistungen nach Art. 25 bis 33 KVG übernehmen dürfen **K 147/06**. In K 147/06 betraf dies das Produkt „New Fill" zur Behandlung einer HIV-bedingten Lipodystrophie; da das Produkt weder auf der Spezialitätenliste noch auf den anderen einschlägigen Listen figurierte, durfte der Versicherer die OKP-Übernahme allein aus diesem Grund verweigern **K 147/06**. Die Entscheidung ist für Art. 34 Abs. 1 besonders direkt, weil sie den Ausschluss nicht bloss aus einer Einzelliste, sondern aus dem Verhältnis von Positivlistensystem und gesetzlicher Übernahmegrenze ableitet **K 147/06**.

Für Mittel und Gegenstände bestätigt K 157/00 denselben Befund: Die MiGeL erfasst die Arten von Mitteln und Gegenständen abschliessend; neue Mittel müssen in die Liste aufgenommen sein, um Pflichtleistungen zu werden **K 157/00**. Entscheidend war dort, dass ein Sauerstoff-Flüssiggassystem für eine frühere Periode noch nicht in der MiGeL enthalten war; eine spätere Aufnahme begründete keine rückwirkende Leistungspflicht **K 157/00**. 9C_92/2012 zeigt die praktische Härte dieser Lösung: Eine Unterkiefer-Protrusionsschiene gegen Schlafapnoe war selbst dann nicht zu vergüten, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen wäre, weil sie nicht in der LiMA aufgeführt war **9C_92/2012**.

Art. 32 KVG bleibt dabei eine kumulative Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsschranke für Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG, ersetzt aber die Listenaufnahme nicht **Art. 32 KVG**. Eine Leistung ist also nicht schon deshalb OKP-pflichtig, weil sie medizinisch sinnvoll oder günstiger als eine gelistete Alternative erscheint; gerade dies würde nach 9C_92/2012 das System der abschliessenden und verbindlichen Liste umgehen **9C_92/2012**. Umgekehrt führt die Aufnahme in den Katalog oder eine Liste nicht dazu, dass WZW unbeachtlich wäre, denn Art. 32 Abs. 1 verlangt Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit und Art. 52 Abs. 1 knüpft die Listeninstrumente ausdrücklich an diese Grundsätze an **Art. 32 KVG Art. 52 KVG**.

Die Grenze zur Zusatzversicherung folgt aus dieser zwingenden OKP-Grenze. BGE 124 V 185 hält für zahnärztliche Leistungen fest, dass die Krankheitenlisten abschliessend sind und nicht aufgeführte Leistungen ausschliesslich Gegenstand von Zusatzversicherungen sein können **BGE 124 V 185**. Die Aussage ist nicht als VVG-Kommentar zu verstehen, sondern als krankenversicherungsrechtliche Kompetenzgrenze: Was Gesetz und Durchführungserlasse im OKP-System nicht erfassen, kann nicht unter dem Titel der obligatorischen Versicherung übernommen werden **Art. 34 KVG BGE 124 V 185**.

Keine Analogie zum Katalog, aber eng begrenzte Arzneimittel-Ausnahme

Der abschliessende Charakter der Listen sperrt zugleich den Analogieschluss: Eine nicht gelistete Leistung kann nicht mit dem Argument in die OKP gezogen werden, sie sei einer gelisteten Leistung vergleichbar oder ihr wirtschaftlich überlegen (vorstehend zu K 157/00 und 9C92/2012). Diese Strenge ist aber nicht mit einer allgemeinen Härtefallkompetenz zu verwechseln. 9C912/2010

anerkennt im Arzneimittelbereich eine eng begrenzte Ausnahmekonstellation, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit oder eine schwere chronische Gesundheitsbeeinträchtigung mangels therapeutischer Alternative anders nicht wirksam behandelt werden kann **9C_912/2010**. Im konkreten Fall eines nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführten Präparats gegen schwere erektile Dysfunktion nach Prostatektomie wurde die Ausnahme verneint, weil keine Lebensbedrohung, keine geltend gemachte schwere Gesundheitsbeeinträchtigung und eine gedeckte Alternative bestanden **9C_912/2010**. Die Entscheidung qualifiziert das Listenprinzip punktuell, hebt es aber nicht auf: Sie trägt nur für die dort beschriebene Ausnahmesituation und nicht für beliebige Zweckmässigkeits-, Komfort- oder Kostenvorteile nicht gelisteter Leistungen **9C_912/2010**.

Auslandbehandlung: Territorialitätsprinzip, Delegation und Einzelfallprüfung

Ausgangspunkt bleibt das Territorialitätsprinzip. Das Bundesgericht beschreibt dieses Prinzip als weiterhin leitend für die OKP und behandelt Leistungen im Ausland als Ausnahme **BGE 128 V 75**. Art. 34 Abs. 2 KVG begründet dafür nicht selbst den Leistungsanspruch, sondern erlaubt dem Bundesrat, die Übernahme ausländischer Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 29 KVG vorzusehen **Art. 34 KVG BGE 128 V 75**. Art. 36 KVV setzt diese Delegation für drei Hauptgruppen um: nicht in der Schweiz erbringbare Leistungen, Notfallbehandlungen im Ausland und bestimmte Auslandsentbindungen **Art. 36 KVV**.

BGE 128 V 75 ist für die Dogmatik wichtig, weil es eine doppelte Korrektur vornimmt. Einerseits kann der Versicherte aus Art. 34 Abs. 2 KVG allein keinen unmittelbaren Anspruch ableiten **BGE 128 V 75**. Andererseits führt das Fehlen einer vom EDI bezeichneten Liste nicht dazu, dass jede Kostenübernahme von vornherein ausgeschlossen wäre; der Versicherer muss prüfen, ob die konkrete Leistung in der Schweiz wirklich nicht erbracht werden konnte und ob die Kriterien der Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind **BGE 128 V 75**. Die Entscheidung schützt damit sowohl die Delegationsstruktur als auch eine einzelfallbezogene Ausnahmeprüfung.

Die Subdelegation und Leistungsbezeichnung stehen im System von Art. 33 KVG, wonach der Bundesrat Leistungen bezeichnen und Aufgaben dem EDI oder BAG übertragen kann **Art. 33 KVG**. Für Art. 34 Abs. 2 ist deshalb praktisch entscheidend, ob die Voraussetzungen der Verordnung und der bundesgerichtlich entwickelten Schwellen erfüllt sind, nicht ob die ausländische Behandlung medizinisch plausibel oder aus Patientensicht vorzugswürdig erscheint **BGE 128 V 75 Art. 36 KVV**.

Medizinische Gründe ausserhalb des Notfalls: fehlende Schweizer Behandlung oder deutlich höheres Risiko

Für geplante oder jedenfalls nicht notfallmässige Auslandbehandlungen aus medizinischen Gründen ist die Schwelle hoch. Nach K 78/05 kommt eine Übernahme in Betracht, wenn in der Schweiz keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder wenn im Einzelfall feststeht, dass eine Behandlung in der Schweiz gegenüber der Auslandsalternative für den Patienten erhebliche und deutlich höhere Risiken mit sich brächte **K 78/05**. Sind in der Schweiz geeignete, nach anerkannten Protokollen praktizierte Behandlungen verfügbar, besteht kein Anspruch auf die ausländische Methode; minimale, schwer abschätzbare oder umstrittene Vorteile reichen nicht **K 78/05**.

K 78/05 betraf eine ausländische Behandlungsmethode, deren intraoperative Radiotherapie als zusätzlicher positiver Bestandteil geltend gemacht wurde; das Bundesgericht qualifizierte diesen Zusatznutzen nicht als genügenden medizinischen Grund **K 78/05**. Die Fallfunktion liegt darin, die Ausnahme von der blossen medizinischen Opportunität abzugrenzen: Art. 34 Abs. 2 KVG schützt nicht die Wahl der weltweit besten oder innovativsten Behandlung, sondern die Versorgungslücke oder das erheblich erhöhte Risiko im Inland **K 78/05**.

Eine kürzere Wartezeit im Ausland genügt ebenfalls nicht, wenn eine gleichwertige adäquate Therapie in der Schweiz möglich ist. 9C_238/2011 betraf eine Krebsbehandlung in Deutschland; das Bundesgericht erkannte die subjektive Nachvollziehbarkeit der schnelleren Behandlung an, verneinte aber die rechtliche Erheblichkeit, weil die Versicherte sich eigens zur Behandlung ins Ausland begeben hatte und eine gleichwertige Therapie in der Schweiz möglich gewesen wäre **9C_238/2011**.

Notfall im Ausland: vorübergehender Aufenthalt, Unzumutbarkeit der Rückreise und Ausschluss geplanter Behandlung

Art. 36 Abs. 2 KVV definiert den Notfall positiv und negativ. Positiv braucht es eine Behandlung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts und eine Situation, in der die Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist; negativ liegt kein Notfall vor, wenn sich die versicherte Person zum Zweck dieser Behandlung ins Ausland begibt **Art. 36 KVV**.

BGE 146 V 185 präzisiert die Zumutbarkeit der Rückreise als Gesamtwürdigung. Zu berücksichtigen sind medizinische Reisefähigkeit, Rückreisekosten im Verhältnis zu Behandlungskosten, die Möglichkeit einer Behandlung in der Schweiz sowie das Risiko einer behandlungsbedingten Verzögerung und Gesundheitsverschlechterung **BGE 146 V 185**. Im konkreten Fall wusste die Versicherte schon vor der Abreise, dass wegen eines diagnostizierten Krebsleidens in den nächsten Wochen eine Behandlung beginnen musste; die spätere Behandlung in den USA war deshalb eine bewusst in Kauf genommene Behandlung im Ausland und kein Notfall **BGE 146 V 185**. Dass die US-Behandlungskosten erheblich waren, machte die Rückkehr nach der bundesgerichtlichen Würdigung nicht unverhältnismässig **BGE 146 V 185**.

9C_1009/2010 bestätigt denselben Ausschluss für eine bewusst angetretene Reise nach Thailand zur Krebsbehandlung. Das Bundesgericht verneinte den Notfall, weil der Versicherte sich zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben hatte und eine Rückreise möglich und angemessen gewesen wäre **9C_1009/2010**. Für die Praxis ist entscheidend, dass die Notfallausnahme nicht nachträglich dadurch entsteht, dass die im Ausland gewählte Behandlung dringend, teuer oder medizinisch ernst wird, wenn die Behandlungssituation schon vor der Reise absehbar war **BGE 146 V 185 9C_1009/2010**.

Auslandsentbindung, Kostenbegrenzung und Leistungsaushilfe

Art. 34 Abs. 2 Bst. b KVG ermächtigt den Bundesrat, die Kostenübernahme für Entbindungen im Ausland auch aus anderen als medizinischen Gründen vorzusehen **Art. 34 KVG**. Art. 36 Abs. 3 KVV konkretisiert diese Ausnahme eng: Die OKP übernimmt im Rahmen von Art. 29 KVG Kosten einer im Ausland erfolgten Entbindung, wenn das Kind nur so die Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters erwerben konnte oder wenn das Kind bei Geburt in der Schweiz staatenlos wäre **Art. 36 KVV**.

Die Begrenzungskompetenz von Art. 34 Abs. 3 KVG wird in Art. 36 Abs. 4 KVV mit einer klaren Obergrenze umgesetzt. Für Leistungen nach Art. 36 Abs. 1 und 2 KVV sowie bestimmte Auslandbehandlungen von Grenzgängern, entsandten Arbeitnehmern, Personen im öffentlichen Dienst und Familienangehörigen wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden; in den Entbindungsfällen nach Art. 36 Abs. 3 KVV höchstens der einfache

Betrag **Art. 34 KVG Art. 36 KVV**. Art. 36 Abs. 5 KVV behält die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vor; diese Vorbehaltsnorm zeigt, dass Art. 34 KVG nicht sämtliche Koordinationsfälle selbst regelt **Art. 36 KVV**.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit: Programme statt individueller Wahlfreiheit

Die 2016 eingefügte Wendung „im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit" in Art. 34 Abs. 2 Bst. a KVG ist nach der Botschaft als formellgesetzliche Grundlage für dauerhafte grenznahe Kooperationsformen konzipiert; sie sollte bestehende Pilotprojekte absichern und weitere Programme ermöglichen, ohne das Territorialitätsprinzip generell preiszugeben **Art. 34 KVG BBl 2016 1**. Der daraus folgende Mechanismus ist programmbezogen, nicht eine freie individuelle Auslandswahl.

Art. 36a KVV verlangt eine Bewilligung des BAG für Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit; das Gesuch ist von einem oder mehreren Grenzkantonen und Versicherern gemeinsam vier Monate vor dem voraussichtlichen Beginn einzureichen **Art. 36a KVV**. Das Programm muss unter anderem nur Versicherten offenstehen, die beim beteiligten Versicherer OKP-versichert sind und in einem beteiligten Grenzkanton wohnen; es darf keine Pflicht zur Behandlung im Ausland vorsehen; es muss die im Ausland vergüteten Leistungen umschreiben, eine Liste der ausländischen Leistungserbringer enthalten und Tarife oder Preise vorsehen, die nicht höher sind als im beteiligten Grenzkanton **Art. 36a KVV**.

Daraus folgt eine wichtige Abgrenzung zu medizinisch begründeter Auslandbehandlung und Notfallbehandlung: Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit öffnet die OKP nicht für jede grenznahe Behandlung, sondern nur für Leistungen innerhalb eines bewilligten Programms und unter dessen persönlichen, sachlichen und tariflichen Bedingungen **Art. 36a KVV**.

Vertrauensschutz bei Auskünften des Versicherers

Vertrauensschutz kann die strengen Auslandregeln nicht allgemein ersetzen. 9C_1009/2010 verneinte den Schutz einer informellen E-Mail-Auskunft des Versicherers, weil die rechtlichen Voraussetzungen korrekt wiedergegeben worden waren und der Versicherte nicht nachwies, im Vertrauen darauf irreversible Dispositionen getroffen zu haben **9C_1009/2010**. Der Fall zeigt, dass eine blosse Kommunikation über die Möglichkeit einer Kostenübernahme die Notfall- oder Auslandsvoraussetzungen nicht suspendiert **9C_1009/2010**.

Ein kantonaler Gegenfall zeigt aber, dass Vertrauensschutz in atypischen Konstellationen praktisch relevant bleiben kann. Das Tessiner Versicherungsgericht schützte den Versicherten, nachdem der Versicherer über längere Zeit konkret mit ihm über eine geplante Zahnbehandlung korrespondiert, eine falsche Ablehnung erlassen, trotz Kenntnis der drohenden Auslandbehandlung nicht vor der Territorialitätsschranke gewarnt und später auf gleicher Aktenlage die Deckung bestätigt hatte **36.2023.24**. Diese Entscheidung steht nicht auf gleicher Stufe wie die bundesgerichtliche Verneinung in 9C_1009/2010; sie illustriert aber die Fallgruppe, in der die zuständige Stelle durch konkrete, fehlerhafte oder unvollständige Information dispositionsrelevantes Vertrauen schaffen kann **36.2023.24 9C_1009/2010**.

Praktische Prüfungspunkte

Für nicht im Ausland erbrachte Leistungen ist zuerst zu prüfen, ob die verlangte Leistung überhaupt in Art. 25 bis 33 KVG und den gestützt darauf erlassenen Bezeichnungs- oder Listenregeln erfasst ist; fehlt die Listung bei Analysen, Arzneimitteln oder Mitteln und Gegenständen, genügt ein WZW-Nachweis für sich allein nicht **Art. 34 KVG Art. 52 KVG 9C_92/2012**. Ein Analogieschluss zu einer gelisteten Leistung ist grundsätzlich ausgeschlossen; nur die eng umgrenzte bundesgerichtliche Ausnahmekonstellation bei lebensbedrohlicher Krankheit oder schwerer chronischer Gesundheitsbeeinträchtigung ohne therapeutische Alternative ist gesondert zu prüfen **K 157/00 9C_912/2010**.

Bei Auslandbehandlungen ist die Prüfung anders aufzubauen: Zuerst ist zu klären, ob ein bewilligtes grenzüberschreitendes Programm, ein echter Notfall, eine nicht in der Schweiz erbringbare Leistung oder eine besondere Auslandsentbindung vorliegt **Art. 36 KVV Art. 36a KVV**. Bei geplanter Behandlung im Ausland sollten Versicherte und Versicherer die Schweizer Behandlungsmöglichkeiten, allfällige Mehr- oder Sonderrisiken im Inland, die WZW-Kriterien und die spätere Kostenobergrenze dokumentieren; eine kürzere Wartezeit oder eine bevorzugte ausländische Methode genügt nicht **K 78/05 9C_238/2011 Art. 36 KVV**.

Wer sich auf eine Auskunft des Versicherers stützen will, braucht eine konkrete, zuständige und dispositionsrelevante Auskunft; informelle oder rechtlich zutreffende Hinweise schaffen regelmässig keinen Schutz gegen die gesetzlichen Auslandsvoraussetzungen **9C_1009/2010**. Versicherer sollten bei erkennbar geplanter Auslandbehandlung ausdrücklich auf Territorialitäts- und Programmgrenzen hinweisen, weil eine unterlassene Warnung in besonderen Umständen vertrauensschutzrechtlich erheblich werden kann **36.2023.24**.