# Art. 41 KVG: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

## Funktion der Norm und zeitlicher Anwendungsrahmen

Art. 41 KVG verbindet das Wahlrecht der versicherten Person mit der Frage, welcher Tarif und welcher Finanzierungsträger massgebend sind. Die Norm ist deshalb nicht nur eine Freiheitsgarantie zugunsten der Versicherten, sondern zugleich eine Kostenverteilungsregel zwischen Versicherer, Wohnkanton, gegebenenfalls Referenz- oder Anknüpfungskanton, Leistungserbringer und versicherter Person **Art. 41 KVG**. Ihre Tragweite ergibt sich nur zusammen mit dem Tarifschutz nach Art. 44 KVG, der Abgeltung stationärer Leistungen nach Art. 49a KVG und der Aufnahmepflicht der Listenspitäler nach Art. 41a KVG **Art. 44 KVG Art. 49a KVG Art. 41a KVG**.

Die geltende Fassung geht materiell auf zwei Reformschritte zurück. Die Spitalfinanzierung von 2007, in Kraft seit 1. Januar 2009, führte insbesondere die freie Wahl unter Listenspitälern des Wohn- oder Standortkantons, die anteilsmässige Vergütung nach Art. 49a KVG, die heutige Bewilligungsregel bei ausserkantonaler Behandlung aus medizinischen Gründen und die Legaldefinition der medizinischen Gründe ein **BBl 2008 9 BBl 2004 5593**. Die Änderung von 2016 mit internationalem Bezug, gestaffelt in Kraft seit 2018 und 2019, ordnete die Regeln für Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-Mitgliedstaat, Island, Norwegen oder dem Vereinigten Königreich neu **Art. 41 KVG**.

Für Altfälle bleibt die Unterscheidung erheblich: Die ältere Rechtsprechung zu aArt. 41 KVG betraf häufig die Differenzzahlung des Wohnkantons bei medizinisch notwendiger ausserkantonaler Hospitalisation. Ihre Kriterien zu Notfall, fehlender innerkantonaler Behandlungsmöglichkeit und engem Verständnis medizinischer Gründe bleiben soweit verwendbar, als der Gesetzgeber diese Tatbestände in Art. 41 Abs. 3bis KVG übernommen hat; die Finanzierungsmechanik seit 2009 ist dagegen diejenige von Art. 41 Abs. 1bis und Art. 49a KVG **Art. 41 KVG Art. 49a KVG**.

Bereits beschlossen, aber in der geltenden Fedlex-Fassung noch nicht als spätere konsolidierte Version abgebildet, ist die EFAS-Änderung vom 22. Dezember 2023. Sie wird Art. 41 KVG materiell neu fassen, namentlich Abs. 1bis, 1ter, 2bis bis 2quater und Abs. 4 ändern sowie Abs. 3 und 3bis aufheben; für stationäre Behandlungen in einem nicht auf der Wohnkantonsliste geführten Listenspital wird die Vergütung durch den Versicherer neu strukturiert, mit höherer Deckung bei Notfall oder vorgängiger Bewilligung des Wohnkantons **BBl 2024 31**. Die Inkrafttretensbestimmung sieht für die Art.-41-Bestimmungen der ersten Stufe den 1. Januar nach Ablauf von drei Jahren seit der Volksabstimmung und für Art. 41 Abs. 1 den 1. Januar nach Ablauf von sieben Jahren seit der Volksabstimmung vor **BBl 2024 31**. Bis dahin bleibt für aktuelle Leistungsfälle die geltende Fassung massgebend.

## Ambulante Wahlfreiheit: Zulassung, Eignung und Tarifschutz

Für die ambulante Behandlung können Versicherte unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen, sofern diese für die Behandlung der konkreten Krankheit geeignet sind; der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt **Art. 41 KVG**. Anders als bei der stationären Wahl nach Abs. 1bis enthält Abs. 1 keinen Wohnkantons- oder Referenztarifdeckel, sondern knüpft an den Tarif des tatsächlich gewählten Leistungserbringers an **Art. 41 KVG**.

Das Wortlautpaar „zugelassen" und „geeignet" ist kumulativ zu lesen: Zulassung als Leistungserbringer genügt nicht, wenn der gewählte Leistungserbringer für die konkrete Krankheit nicht geeignet ist **Art. 41 KVG**. Eine direkt einschlägige gerichtliche Auslegung des Merkmals „geeignet" wurde in den abgerufenen Quellen nicht gefunden. Für die Praxis folgt daher nur die textgestützte Mindestregel, dass das Wahlrecht nicht abstrakt gegenüber jedem zugelassenen Anbieter besteht, sondern krankheitsbezogen begrenzt ist **Art. 41 KVG**.

Der Tarifschutz nach Art. 44 Abs. 1 KVG flankiert Art. 41 Abs. 1: Leistungserbringer müssen die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise einhalten und dürfen für Leistungen nach dem KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen **Art. 44 KVG**. Das Bundesgericht hat den Tarifschutz allgemein dahin angewandt, dass für OKP-Leistungen eine Zusatzfakturierung ausgeschlossen ist und die versicherte Person nicht deshalb einen Teil der Pflegekosten tragen muss, weil festgelegte Pauschalen die Kosten nicht vollständig decken **9C_627/2010**. Für die ambulante Wahl bedeutet dies: Art. 41 Abs. 1 bestimmt, welcher Tarif vergütungsrechtlich anwendbar ist; Art. 44 KVG verhindert bei KVG-Leistungen eine zusätzliche Belastung über diesen Tarif hinaus **Art. 41 KVG Art. 44 KVG 9C_627/2010**.

## Stationäre Wahl unter Listenspitälern und Deckelung auf den Wohnkantonstarif

### Wahlrecht und Finanzierungsmechanik

Bei stationärer Behandlung kann die versicherte Person unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder derjenigen des Standortkantons stehen; diese Spitäler sind Listenspitäler im Sinne von Art. 41 Abs. 1bis KVG **Art. 41 KVG**. Versicherer und Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG, jedoch höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt **Art. 41 KVG**. Art. 49a KVG ordnet die anteilsmässige Übernahme der stationären Vergütungen durch Kanton und Versicherer an, wobei der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent beträgt und der Wohnkanton seinen Anteil grundsätzlich direkt dem Spital entrichtet **Art. 49a KVG**.

Die ältere Leitentscheidung BGE 125 V 448 erging noch vor der Spitalfinanzierungsrevision, bleibt aber für die Struktur des Wahlrechts bedeutsam: Die Spitalplanung bindet Leistungserbringer und Kantone, beschränkt aber das Wahlrecht der Versicherten nicht unmittelbar; sie wirkt kostenrechtlich über die Frage, ob und in welchem Umfang die OKP beziehungsweise der Wohnkanton vergüten muss **BGE 125 V 448**. Seit 2009 ist diese Grundidee im Gesetz positiviert, indem die Wahl auf Listenspitäler des Wohn- oder Standortkantons erweitert, die Kostenübernahme aber auf den Wohnkantonstarif begrenzt wird **Art. 41 KVG**.

Die Deckelung ist nicht nur deklaratorisch. In 9C_593/2014 bestätigte

das Bundesgericht, dass bei ausserkantonaler Wahlhospitalisation die Leistungspflicht von Versicherer und Wohnkanton auf den Referenztarif des Wohnkantons beschränkt bleibt und ein darüber hinausgehender Anspruch gegen den Wohnkanton verneint werden kann **9C_593/2014**. In BGE 145 V 304 und im sachgleichen Kontext von 9C_493/2018 präzisierte das Bundesgericht zudem, dass Mengen- oder Kapazitätsbeschränkungen in der Spitalliste des Standortkantons den Wohnkanton nicht berechtigen, seine anteilsmässige Vergütung ausserkantonaler Wahlbehandlungen zu verweigern, wenn sich diese Beschränkungen nach der Spitalliste nur auf die Bevölkerung des Standortkantons beziehen **BGE 145 V 304 9C_493/2018**.

#### Differenz zwischen Referenztarif und Tarif des gewählten Spitals

Art. 41 Abs. 1bis KVG beantwortet zunächst nur die öffentlich-rechtliche Leistungspflicht von Versicherer und Wohnkanton: Diese tragen höchstens den Tarif eines Listenspitals des Wohnkantons **Art. 41 KVG**. Daraus folgt, dass ein höherer Tarif des gewählten ausserkantonalen Listenspitals nicht zulasten von Versicherer und Wohnkanton fällt, soweit keine medizinischen Gründe im Sinne von Abs. 3 vorliegen **Art. 41 KVG 9C_593/2014**.

Die Differenzfrage wird durch den Tarifschutz begrenzt. BGE 141 V 206 stellt für ausserkantonale Wahlbehandlungen in einem Listenspital klar, dass es sich um OKP-Pflichtleistungen handelt und der Leistungserbringer dafür höchstens den KVG-Tarif des Leistungserbringers verrechnen darf; daran ändert die Begrenzung der Vergütung durch OKP und Wohnkanton auf den niedrigeren Referenztarif des Wohnkantons nichts **BGE 141 V 206**. Das Urteil schützt damit nicht eine beliebige Zusatzforderung, sondern zieht die obere Grenze beim KVG-Tarif des gewählten Leistungserbringers und bei tatsächlich ausgewiesenen Leistungen nach dem KVG **BGE 141 V 206 Art. 44 KVG**.

Praktisch liegt die Differenzlast daher nicht bei Versicherer und Wohnkanton, sondern beeinflusst den vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragenden Kostenanteil **c-1581-2016**. Sie ist aber durch den Tarifschutz doppelt begrenzt: Nach BGE 141 V 206 kann dem Versicherten für die OKP-Leistung jedenfalls nicht mehr als der KVG-Tarif des gewählten Leistungserbringers berechnet werden **BGE 141 V 206 Art. 44 KVG**.

#### Referenztarifbeschluss und Rechtsschutz

Beschlüsse der Kantone über Referenztarife nach Art. 41 Abs. 1bis KVG sind beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar **2013-17**. Spitäler sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts aber weder direkte Adressaten noch hinreichend unmittelbar betroffen, weil der Referenztarif nur bestimmt, welcher Betrag der versicherten Person von Versicherer und Wohnkanton höchstens vergütet wird, nicht aber den Tarifanspruch des ausserkantonalen Spitals als solchen festlegt **2013-17**. C-1581/2016 bestätigt diese Linie und verneint die Beschwerdelegitimation eines Spitals auch dann, wenn dieses wirtschaftlich oder wettbewerblich mittelbar betroffen ist **c-1581-2016**.

Für die Praxis bedeutet dies eine Trennung zwischen abstrakter Tariffestsetzung und konkretem Leistungsstreit: Das Spital kann den kantonalen Referenztarif nicht abstrakt allein wegen mittelbarer Wettbewerbs- oder Auslastungsfolgen anfechten **2013-17 c-1581-2016**. Ob der Referenztarif im konkreten Fall richtig angewandt wurde oder bundesrechtskonform ist, kann dagegen im konkreten Vergütungsstreit relevant werden; C-1581/2016 verweist insoweit auf die Prüfung im Rahmen der konkreten Tarifanwendung durch das Bundesgericht **c-1581-2016**.

### Medizinische Gründe für ausserkantonale Behandlung

#### Tatbestand und Bewilligung

Beansprucht die versicherte Person bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen ein Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernehmen Versicherer und Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG **Art. 41 KVG**. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig **Art. 41 KVG**.

Medizinische Gründe liegen nach Art. 41 Abs. 3bis KVG vor, wenn ein Notfall besteht oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden, bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung und bei stationärer Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons **Art. 41 KVG**. Die Bewilligung ist damit keine freie Zweckmässigkeitsentscheidung des Kantons; sie setzt das gesetzliche Fehlen einer zumutbaren, gleichwertigen Versorgung im massgebenden örtlichen oder listengebundenen Rahmen voraus **Art. 41 KVG**.

Die abgerufenen Quellen enthalten keine höchstrichterliche Entscheidung, welche unter geltendem Art. 41 Abs. 3 KVG abstrakt klärt, ob und unter welchen Voraussetzungen eine fehlende vorgängige Bewilligung nachträglich ersetzt werden kann oder mit welcher Kognition ein Gericht die Bewilligungsverweigerung überprüft. Ein Genfer kantonaler Entscheid erwähnt zwar ein nachträgliches Kostengutsprachegesuch und wendet die im Sozialversicherungsrecht übliche überwiegende Wahrscheinlichkeit auf die medizinischen Gründe an, entscheidet aber die allgemeine Frage der vorgängigen oder rückwirkenden Bewilligung nicht **ATAS/936/2008**. Für die sichere Fallführung ist daher am Gesetzeswortlaut anzuknüpfen: ausser im Notfall ist die Bewilligung vor der planbaren ausserkantonalen Behandlung einzuholen **Art. 41 KVG**.

#### Enge Auslegung der medizinischen Gründe

Die Rechtsprechung legt medizinische Gründe eng aus. Bereits unter dem früheren Wortlaut hielt das Bundesgericht fest, dass minimale, schwer abschätzbare oder umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Methode keinen medizinischen Grund bilden **K 22/03**. K 193/00 gelangte gleichsinnig zum Ergebnis, dass ein psychologischer Vorteil einer ausserkantonalen Behandlung zwar im allgemeinen Sprachgebrauch medizinisch erscheinen kann, für die bundesrechtliche Kostenübernahme aber nicht genügt, wenn die notwendige Behandlung im Wohnkanton angeboten wird **K 193/00**.

Entscheidend ist nicht, ob die auswärtige Behandlung vertretbar oder sogar wünschbar ist, sondern ob eine hinreichend gleichwertige Behandlung im massgebenden innerkantonalen oder wohnkantonslistengebundenen Rahmen fehlt **Art. 41 KVG K 22/03 K 193/00**. In 9C_835/2010 verneinte das Bundesgericht einen medizinischen Grund, weil die Behandlung in einem auf der Liste geführten Vertragsspital möglich gewesen wäre; Versicherte müssen, wenn mehrere zweckmässige ausserkantonale Behandlungsorte in Betracht fallen, grundsätzlich denjenigen wählen, der auf der Spitalliste des Wohnkantons steht **9C_835/2010**. BGE 138 V 510 formuliert denselben Grundsatz für die Notfall- und Transferkonstellation: Bei gleicher Zweckmässigkeit schliesst die Behandlungsmöglichkeit in einem Listenspital des Wohnkantons grundsätzlich einen medizinischen Grund für die Behandlung anderswo aus **BGE 138 V 510**.

Die Beweislast liegt bei der versicherten Person beziehungsweise beim subrogierenden Versicherer, wenn nach Abklärungen kein entscheidender Vorteil der auswärtigen Behandlung gegenüber innerkantonalen Alternativen nachgewiesen werden kann **K 22/03 BGE 138 V 510**. Diese Beweislastregel ist besonders bedeutsam bei spezialisierten Methoden: Geringe Fallzahlen, behauptete höhere Expertise oder umstrittene Vorteile genügen nicht, wenn objektiv keine entscheidende therapeutische Überlegenheit dargetan ist **K 22/03**.

### Notfall als Ausnahme von Bewilligung und Planung

Der Notfall befreit vom Bewilligungserfordernis des Wohnkantons, beseitigt aber nicht jede Bindung an die Spitalplanung **Art. 41 KVG BGE 138 V 510**. Nach BGE 138 V 510 ist die ärztliche Entscheidung prognostisch ex ante zu beurteilen, also nach der Situation und den Erkenntnissen im entscheidenden Moment, nicht rückblickend aufgrund späterer Abklärungen **BGE 138 V 510**. Dem behandelnden Arzt kommt in der Notfallsituation ein Beurteilungsspielraum zu, er muss den Transfer aber soweit möglich auf Einrichtungen lenken, die von der kantonalen Planung erfasst sind **BGE 138 V 510**.

Der Notfallbegriff betrifft nicht nur die medizinische Dringlichkeit der Behandlung, sondern auch die Wahl gerade dieses ausserkantonalen Leistungserbringers **BGE 138 V 510**. Befindet sich die versicherte Person bereits im Wohnkanton, genügt deshalb nicht, dass eine sofortige Intervention indiziert ist; erforderlich ist zusätzlich, dass sie aus medizinischer Sicht auf den konkreten ausserkantonalen Anbieter angewiesen war **BGE 138 V 510**. Auch insoweit tragen Versicherte beziehungsweise subrogierende Versicherer die Folgen der Beweislosigkeit, wenn keine klaren therapeutischen Vorteile des gewählten ausserkantonalen Spitals gegenüber den in Betracht fallenden Alternativen feststehen **BGE 138 V 510**.

### Wohnkanton

Der Wohnkanton im Sinne von Art. 41 KVG ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum früheren Art. 41 Abs. 3 KVG der Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes nach Art. 23 ff. ZGB **BGE 131 V 59**. Ein Aufenthalt in einer Institution begründet danach nicht ohne Weiteres einen neuen Wohnsitz; Art. 26 ZGB enthält insoweit nur eine widerlegbare Vermutung, die im konkreten Fall anhand der tatsächlichen Lebensverhältnisse zu prüfen ist **BGE 131 V 59**. Diese Auslegung bleibt für die heutige Norm relevant, weil Art. 41 weiterhin an den Wohnkanton anknüpft **Art. 41 KVG**.

BGE 123 V 290 ist für heutige Fälle vor allem historisch und prozessual bedeutsam. Das Bundesgericht hielt unter dem alten Recht fest, dass Art. 41 Abs. 3 KVG die Kostenübernahmepflicht des Wohnkantons bundesrechtlich abschliessend regelt und kantonale Zusatzvoraussetzungen, etwa ein tatsächlicher Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung, bundesrechtswidrig sind **BGE 123 V 290**. Zugleich bestätigte es die Parteistellung des Versicherers, der nach Leistungserbringung den kantonalen Anteil geltend macht **BGE 123 V 290**. Die heutige Finanzierungsordnung ist verändert, doch bleibt die bundesrechtliche Sperrwirkung kantonaler Zusatzanforderungen ein wichtiges Auslegungssignal, soweit der Tatbestand von Art. 41 KVG erfüllt ist **BGE 123 V 290 Art. 41 KVG**.

## Geburtshäuser

Art. 41 Abs. 1ter KVG erklärt Abs. 1bis sinngemäss auf Geburtshäuser anwendbar **Art. 41 KVG**. Daraus folgt in der geltenden Fassung eine parallele Ordnung: Die versicherte Person kann unter den einschlägig gelisteten Geburtshäusern des Wohn- oder Standortkantons wählen, und Versicherer sowie Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Wohnkantonstarif für die betreffende Leistung **Art. 41 KVG Art. 49a KVG**.

Eigenständige Rechtsprechung zu Geburtshäusern unter Art. 41 Abs. 1ter KVG wurde in den abgerufenen Quellen nicht gefunden. Die Aussage beruht daher auf dem gesetzlichen Verweis. Die bereits beschlossene EFAS-Fassung wird die Geburtshausregel ebenfalls erfassen, aber mit einer ausdrücklichen Ausnahme von der neuen höheren Deckung nach Abs. 1bis lit. b; dies ist für künftige Fälle nach Inkrafttreten der EFAS-Regelung zu beachten **BBl 2024 31**.

## Wahlrecht und Aufnahmepflicht sind nicht deckungsgleich

Art. 41 KVG begründet ein Wahl- und Vergütungsrecht der versicherten Person; Art. 41a KVG verpflichtet Listenspitäler zur Aufnahmebereitschaft nur im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten **Art. 41 KVG Art. 41a KVG**. Für Versicherte mit Wohnsitz im Standortkanton besteht die Aufnahmepflicht im Rahmen von Leistungsauftrag und Kapazitäten; für ausserkantonal Wohnhafte gilt sie nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen **Art. 41a KVG**. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht **Art. 41a KVG**.

BGE 145 V 304 bestätigt diese Trennung: Weder der Grundsatz der freien Spitalwahl noch die Aufnahmepflicht eines Listenspitals gelten uneingeschränkt, und kantonale Spitalplanung zielt grundsätzlich auf die Versorgung der eigenen Wohnbevölkerung **BGE 145 V 304**. Daraus folgt zweierlei. Erstens kann ein Versicherter ein Listenspital des Standortkantons vergütungsrechtlich wählen, ohne dass dadurch jeder listengebundene Leistungsauftrag territorial auf ausserkantonale Patienten erweitert würde **BGE 145 V 304 Art. 41a KVG**. Zweitens darf der Wohnkanton seine anteilsmässige Finanzierung nicht allein mit einer Kapazitätslimite des Standortkantons verweigern, wenn diese Limite nach der Liste nur die stationäre Behandlung der Einwohnerinnen und Einwohner des Standortkantons betrifft **BGE 145 V 304 9C_493/2018**.

## Eingeschränkte Wahl in besonderen Versicherungsformen

Art. 41 Abs. 4 KVG erlaubt Versicherten, ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer zu beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt **Art. 41 KVG**. Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; zugleich bleiben die gesetzlichen Pflichtleistungen in jedem Fall versichert **Art. 41 KVG**. Art. 62 Abs. 1 KVG verknüpft diese eingeschränkte Wahl mit der Möglichkeit einer Prämienverminderung, und Art. 62 Abs. 3 KVG überträgt dem Bundesrat die nähere Regelung besonderer Versicherungsformen **Art. 62 KVG**.

Die Garantie der gesetzlichen Pflichtleistungen hebt die vereinbarte Kanalisierung nicht auf. Das Kantonsgericht Freiburg verneinte in einem PharMed-Modell die Erstattung von Medikamenten aus nicht zugelassenen Apotheken, weil der Versicherte sich gegen Prämienreduktion auf eine beschränkte Apothekenliste eingelassen hatte und kein Notfall geltend gemacht war **608 2018 345**. Die Entscheidung ist kantonal und nicht bundesgerichtlich, aber direkt zur Anwendung von Art. 41 Abs. 4 KVG: Pflichtleistungen bleiben inhaltlich garantiert, müssen im eingeschränkten Modell jedoch grundsätzlich über die bezeichneten oder von ihnen veranlassten Leistungserbringer bezogen werden **Art. 41 KVG 608 2018 345**.

## Versicherte mit Wohnsitz in EU, Island, Norwegen oder Vereinigtem Königreich

Art. 41 Abs. 2 KVG gewährt Versicherten mit Wohnsitz in einem EU-Mitgliedstaat, Island, Norwegen oder dem Vereinigten Königreich für stationäre Behandlung in der Schweiz freie Wahl unter den Listenspitälern **Art. 41 KVG**. Die Kostenregel unterscheidet danach, welche Verbindung zur Schweiz besteht. Für Grenzgängerinnen und Grenzgänger samt Familienangehörigen, für Familienangehörige von Niedergelassenen, Aufenthaltern und Kurzaufenthaltern sowie für Bezügerinnen und Bezüger schweizerischer Arbeitslosenversicherungsleistungen samt Familienangehörigen übernehmen Versicherer und der Kanton, an den die versicherte Person einen Anknüpfungspunkt hat, die Vergütung höchstens nach dem Tarif eines Listenspitals dieses Kantons **Art. 41 KVG**. Art. 49a Abs. 2 und 2bis KVG ordnet in diesen Fällen die Übernahme des kantonalen Anteils und die Fiktion an, dass dieser Kanton als Wohnkanton im Sinne des Gesetzes gilt **Art. 49a KVG**.

Für Versicherte mit Wohnsitz in den genannten Staaten, die eine schweizerische Rente beziehen, sowie deren Familienangehörige, übernehmen Versicherer und Kantone gemeinsam die Vergütung

höchstens nach dem Tarif eines Listenspitals des Referenzkantons **Art. 41 KVG**. Der Bundesrat hat den Referenzkanton in Art. 36b Abs. 1 KVV als Kanton Bern festgelegt **Art. 36b KVV**. Art. 36b Abs. 2 KVV regelt zudem die Abwicklung: Der Versicherer überweist bei stationärer Behandlung in der Schweiz dem Spital seinen Anteil sowie als Vorleistung den kantonalen Anteil nach Art. 49a Abs. 3bis KVG und macht die Rückerstattung gegenüber den Kantonen über die gemeinsame Einrichtung geltend **Art. 36b KVV Art. 49a KVG**.

Gerichtliche Auslegung zu den einzelnen Personengruppen von Art. 41 Abs. 2bis und 2ter KVG wurde in den abgerufenen Quellen nicht gefunden. Die dargestellte Ordnung beruht deshalb auf Gesetz und Verordnung; sie ist für die Praxis dennoch ausreichend bestimmt, solange die Gruppenzugehörigkeit und der massgebende Anknüpfungs- oder Referenzkanton feststehen **Art. 41 KVG Art. 36b KVV**.

### Praktische Entscheidungspunkte

Bei ambulanter Behandlung ist zuerst zu prüfen, ob der gewählte Leistungserbringer zugelassen und für die konkrete Krankheit geeignet ist; sodann gilt der Tarif des gewählten Leistungserbringers, flankiert durch den Tarifschutz gegen weitergehende Vergütungen für KVG-Leistungen **Art. 41 KVG Art. 44 KVG**.

Bei stationärer Wahlbehandlung ist zu unterscheiden, ob das gewählte Spital auf der Liste des Wohnkantons oder des Standortkantons steht. Ist es ein Listenspital, besteht freie Wahl, aber Versicherer und Wohnkanton schulden höchstens den Wohnkantonstarif und tragen die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG **Art. 41 KVG Art. 49a KVG**. Kapazitätslimiten der Standortliste sind daraufhin zu lesen, auf welche Bevölkerung sie sich beziehen; sie können die Finanzierungspflicht des Wohnkantons nicht ohne Weiteres beseitigen **BGE 145 V 304 9C_493/2018**.

Soll ein nicht auf der Wohnkantonsliste geführtes Spital aus medizinischen Gründen beansprucht werden, ist ausser im Notfall die Bewilligung des Wohnkantons einzuholen **Art. 41 KVG**. Materiell sollte dokumentiert werden, weshalb die erforderliche Leistung in keinem Listenspital des Wohnkantons gleichwertig angeboten wird; blosse Präferenz, psychologischer Vorteil, umstrittene Methodenüberlegenheit oder behauptete höhere Expertise reichen nach der Rechtsprechung regelmässig nicht aus **K 22/03 K 193/00 9C_835/2010**. In Notfällen ist entscheidend, welche Informationen im Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung verfügbar waren und weshalb gerade der ausserkantonale Anbieter notwendig war **BGE 138 V 510**.

Bei eingeschränkten Versicherungsmodellen ist nicht nur zu fragen, ob die begehrte Leistung als Pflichtleistung gedeckt ist, sondern ob sie vom bezeichneten Leistungserbringer ausgeführt oder veranlasst wurde **Art. 41 KVG**. Ohne Notfall oder eine vergleichbare Ausnahme kann die Pflichtleistungsgarantie nicht als allgemeine freie Anbieterwahl innerhalb eines prämienreduzierten Modells verstanden werden **608 2018 345**.