



Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Leistungen „Frequently Asked Questions“ (FAQ)

I. Schuldner der Vergütung	1
II. Arzneimittel	3
III. Behandlungen/Leistungen im Ausland	4
IV. Impfungen	5
V. Leistungen bei Mutterschaft	5
VI. Spitalaufenthalt	7
VII. Zahnärztliche Behandlung	8

I. Schuldner der Vergütung

1. Prinzip

Im schweizerischen Krankenversicherungssystem werden die Krankenpflegekosten nach Erbringung der Leistungen vergütet. Kennzeichnend für dieses Prinzip ist das sogenannte Kostenvergütungs- oder Rückerstattungsprinzip. Die Leistungserbringer können für ihre Leistungen auf zwei Arten entschädigt werden: 1. durch die Versicherten, die dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem jeweiligen Versicherer vergütet erhalten (System des Tiers garant); 2. durch die Versicherer, wenn diese mit den Leistungserbringern vereinbart haben, dass deren Leistungen direkt entschädigt werden (System des Tiers payant).

2. Was bedeutet das System des Tiers garant

Nach Artikel 42 Absatz 1 KVG gilt das System des Tiers garant, sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Die Versicherten schulden den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Rechnung des Leistungserbringers geht daher zunächst an die versicherte Person, die sie danach dem Versicherer weiterleitet. Dieser prüft die Rechnung und erstattet der versicherten Person den zu vergütenden Betrag nach Abzug der Kostenbeteiligung. Ob die Rechnung bereits vor der Rückerstattung des Versicherers beglichen werden muss, ist abhängig von der Zahlungsfrist des Leistungserbringers und der Rückerstattungsfrist des jeweiligen Versicherers. Diese Abrechnungsvariante ist für ambulante Behandlungen vorherrschend. Ein grosser Teil der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte rechnet im System des Tiers garant ab.

3. Was bedeutet das System des Tiers payant

Nach Art. 42 Abs. 2 KVG können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Die Rechnung des Leistungserbringers geht an den Versicherer, der sie ihm vergütet. Danach stellt der Versicherer der versicherten Person deren Kostenbeteiligung in Rechnung. Für stationäre Behandlungen kommt immer das System des Tiers payant zur Anwendung (zweiter Satz von Art. 42 Abs. 2 KVG). Diese Abrechnungsvariante wird vorwiegend in Spitälern, und zwar auch für ambulante Leistungen, in Pflegeheimen und im Bereich der ambulanten Krankenpflege gewählt. Das System hat sich auch bei der Arzneimittelabgabe in Apotheken etabliert. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person nach Artikel 42 Absatz 3 KVG eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Im Regelfall muss der Leistungserbringer der versicherten Person diese Kopie zukommen lassen, er kann aber mit dem Versicherer auch vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie der versicherten Person zustellt (Art. 59 Abs. 4 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV).

4. Was bedeutet das system des «Tiers soldant»

Dieses Vergütungssystem kommt bei der Unfallversicherung zur Anwendung. Die Rechnung des Leistungserbringers geht direkt an den Versicherer. Da es bei der Unfallversicherung keinen Selbstbehalt und keine Franchise gibt, bezahlt der Versicherer den ganzen Betrag direkt an den Leistungserbringer. Wenn im System des Tiers garant der Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer durch die versicherte Person (nach Art. 42 Abs. 1 KVG) dem Leistungserbringer abgetreten wird, spricht man auch von Tiers soldant, obwohl es sich nicht um einen eigentlichen Tiers soldant handelt, da Selbstbehalt und Franchise trotzdem von der versicherten Person selbst bezahlt werden müssen.

In der Praxis

Im System des Tiers garant müssen die Leistungen durch die versicherte Person bezahlt werden, die anschliessend von ihrem Versicherer die Rückerstattung verlangt. Kann die versicherte Person die Kosten für die erbrachten Leistungen nicht aufbringen, stehen verschiedene Lösungen bereit. Sie kann beispielsweise ihren Anspruch auf Rückerstattung durch den Versicherer an den Leistungserbringer abtreten («Tiers soldant») oder eine später zu bezahlende Rechnung verlangen (beispielsweise mit einer zusätzlichen Frist von 15 oder 30 Tagen). In diesem zweiten Fall lässt die versicherte Person die Rechnung möglichst rasch dem Versicherer zukommen. Wichtig ist es in diesen Situationen, sich bei seinem Leistungserbringer und/oder seinem Versicherer zu informieren.

Die Gesetzgebung sieht aufgrund der Zeit, die der Versicherer zur Prüfung der Rechnungen und der Wirtschaftlichkeit der Behandlung braucht, keine Frist für die Rückerstattung der Leistungen vor. Die Rückerstattung durch den Versicherer erfolgt in der Regel innert 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung der versicherten Person (Tiers garant) oder der Rechnungen des Leistungserbringers (Tiers payant). Die Versicherer sind verpflichtet zu prüfen, ob die Leistung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstattet werden kann. Die Rückerstattungsfrist kann verlängert werden, wenn gewisse Rechnungsbestandteile fehlen und der Versicherer zusätzliche Informationen des Leistungserbringers benötigt. Wenn der Vertrauensarzt des Versicherers beugezogen werden muss, sind die Kontroll- und Rückerstattungsfristen ebenfalls länger.

Bleiben die gegenüber dem Versicherer eingeleiteten Schritte zur Begleichung der Rechnungen in angemessener Frist erfolglos, kann sich die versicherte Person an den Ombudsmann der Krankenversicherung wenden (www.om-kv.ch).

II. Arzneimittel

1. Welche Arzneimittel werden aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt die Arzneimittel, die ärztlich verordnet sind, im Rahmen der zugelassenen Indikationen/Anwendungen gemäss Packungsbeilage verwendet werden und in der Liste der vergütungspflichtigen Spezialitäten (Spezialitätenliste SL) aufgeführt sind. Die Kostenübernahme von Arzneimitteln der SL kann auf bestimmte medizinische Indikationen oder mengenmässig eingeschränkt werden (sogenannte Limitationen, in der SL als Limitatio L gekennzeichnet).

Daneben werden auch die ärztlich verordneten Präparate bezahlt, die im Rahmen von Magistralrezepturen in der Apotheke hergestellt werden und deren Wirk- und Hilfsstoffe in der Arzneimittel-liste mit Tarif (ALT) enthalten sind.

Die SL finden Sie unter: www.spezialitaetenliste.ch, die ALT unter: www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html.

2. Werden die Kosten von Arzneimitteln der SL von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt, wenn sie bei mir ausserhalb der zugelassenen Indikationen (=off label use) oder ausserhalb der festgelegten Limitation (=off-limitation-use) angewendet werden?

Nein, in solchen Fällen werden die Kosten der Arzneimittel grundsätzlich nicht vergütet.

Ausnahmsweise werden die Kosten eines derartigen Arzneimittels im Einzelfall übernommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Einsatz des Arzneimittels bildet eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung und diese steht eindeutig im Vordergrund; oder
- vom Einsatz des Arzneimittels wird ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen ist keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar.

Ihr Krankenversicherer entscheidet nach vorgängiger Konsultation seines vertrauensärztlichen Dienstes, ob die Voraussetzungen für eine solche ausnahmsweise Vergütung der Arzneimittelkosten erfüllt sind.

Der Versicherer bestimmt nach Absprache mit der Zulassungsinhaberin die Höhe der Vergütung. Er überprüft, ob die übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Der in der SL aufgeführte Preis gilt als absoluter Höchstpreis.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Sie informieren, wenn er/sie Ihnen Arzneimittel verordnet, die ausserhalb der zugelassenen Indikationen oder Limitierung verwendet werden.

Wenn die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Arzneimittelkosten nicht übernimmt, können Sie eventuell eine Rückerstattung aus einer Zusatzversicherung beanspruchen.

3. Was geschieht, wenn mir meine Ärztin oder mein Arzt ein Arzneimittel verordnet, das nicht in einer Liste aufgeführt ist, das aber von Swissmedic zugelassen ist und innerhalb oder ausserhalb der zugelassenen Indikationen verwendet wird?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet die Kosten solcher Arzneimittel grundsätzlich nicht. Eine Vergütung kann nur ausnahmsweise erfolgen, dies unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Rahmen wie für Arzneimittel der SL, die ausserhalb der zugelassenen Anwendungen oder der Limitierung verwendet werden (vgl. Ziffer 2).

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Sie informieren, wenn er/sie Ihnen Arzneimittel verordnet, die nicht in einer Liste aufgeführt sind.

Übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Arzneimittelkosten nicht, können Sie eventuell eine Rückerstattung aus einer Zusatzversicherung beanspruchen.

4. Beahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines von Swissmedic nicht zugelassenen importierten Arzneimittels?

Eine Vergütung kann nur ausnahmsweise erfolgen, wenn das Arzneimittel nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf und die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme von Arzneimitteln, die ausserhalb der zugelassenen Indikationen oder Limitierungen verwendet werden, erfüllt sind (vgl. Ziffer 2). Das Arzneimittel muss für die entsprechende Indikation von einem Land mit einem von Swissmedic als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem zugelassen sein.

Der Versicherer vergütet die Kosten, zu denen das Arzneimittel aus dem Ausland importiert wird. Er überprüft, ob die übernommenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Sie informieren, wenn er/sie ein Arzneimittel verordnet, das nicht in einer Liste aufgeführt und in der Schweiz nicht zugelassen ist.

Übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Arzneimittelkosten nicht, können Sie eventuell eine Rückerstattung aus einer Zusatzversicherung beanspruchen.

III. Behandlungen/Leistungen im Ausland

1. Werden die Kosten von Behandlungen im Ausland von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen?

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt das sogenannte Territorialitätsprinzip, was bedeutet, dass nur die in der Schweiz von zugelassenen Leistungserbringern erbrachten Pflichtleistungen bezahlt werden.

Ausnahmen von diesem Prinzip gelten während vorübergehenden Auslandsaufenthalten, wobei nach Ländern unterschieden werden muss:

- In EU-/EFTA-Ländern haben Sie mit der europäischen Krankenversicherungskarte, die Sie von Ihrem Krankenversicherer erhalten haben, Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie haben Anspruch auf Vergütung der gleichen Leistungen wie die in diesem Land versicherten Personen. Nähere Informationen finden Sie unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html.
- Ausserhalb der EU-/EFTA-Länder übernimmt der Versicherer höchstens den doppelten Betrag der Kosten, die er vergüten würde, wenn die Behandlung in der Schweiz stattgefunden hätte. Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass er höchstens 90% der Kosten übernimmt, die diese Hospitalisation in der Schweiz kosten würde (Grund: bei Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen die Kantone einen Anteil von mindestens 55% der Kosten, was bei Hospitalisationen im Ausland nicht der Fall ist).

In Fällen, in denen Sie sich für eine medizinische Behandlung ins Ausland begeben müssen, weil die Behandlung in der Schweiz nicht verfügbar ist, muss Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt einen begründeten Antrag an die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt Ihres Krankenversicherers einreichen. Der Versicherer entscheidet unter Beratung durch seinen vertrauensärztlichen Dienst, ob die Kosten der Behandlung im Ausland übernommen werden können.

2. Beahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Arzneimitteln, die ich im Ausland gekauft habe?

Die Kosten werden nur vergütet, wenn Sie während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes Arzneimittel wegen einer Erkrankung benötigen (vgl. Ziffer 1).

IV. Impfungen

1. Welche Impfungen werden aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt die Kosten von verschiedenen Impfungen gemäss den Richtlinien und Empfehlungen des Schweizerischen Impfplans (vgl. unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/impfungen-prophylaxe/informationen-rund-ums-impfen/schweizerischer-impfplan.html).

Als wichtigste seien genannt:

- Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus-Influenzae Typ B, Windpocken sowie Masern, Mumps und Röteln (MMR)
- Impfung gegen Hepatitis-B und für spezielle Risikogruppen gegen Hepatitis-A
- Impfung gegen Grippe bei Personen ab 65 Jahren und bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung
- Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (Zeckenenzephalitis)
- Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für Mädchen im Schulalter und junge Frauen bis 26 Jahre sowie gegen andere durch humane Papillomaviren verursachte Krebserkrankungen für Knaben und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren, wenn die Impfung im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms erfolgt. Auf dieser Impfung wird keine Franchise erhoben.

Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen und –prophylaxen (z.B. Gelbfieber und Malaria-prophylaxe).

Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt kann Sie weiter informieren und bei Fragen zu Impfungen beraten.

V. Leistungen bei Mutterschaft

1. Welche Kontrolluntersuchungen können während der Schwangerschaft und nach der Geburt durchgeführt werden?

In einer normalen Schwangerschaft werden sieben Kontrolluntersuchungen rückerstattet. Die erste Konsultation umfasst eine Anamnese, eine klinische und vaginale Untersuchung und eine Beratung, eine Untersuchung auf Varizen und Beinödeme sowie die Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste. Die späteren Untersuchungen umfassen eine Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und das Abhören der fötalen Herztöne sowie die Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste.

In einer Risikoschwangerschaft können diese Untersuchungen je nach Bedarf wiederholt werden. Zudem wird in Risikoschwangerschaften eine Untersuchung mittels Kardiotokografie übernommen.

Nach der Geburt kann eine Nachkontrolle zwischen der 6. und 10. Woche erfolgen, sie umfasst eine Zwischenanamnese, eine klinische und gynäkologische Untersuchung sowie eine Beratung.

2. Wie viele Ultraschalluntersuchungen werden pro Schwangerschaft übernommen?

In einer normalen Schwangerschaft werden eine Ultraschalluntersuchung in der 12. bis 14. und eine in der 20. bis 23. Schwangerschaftswoche rückerstattet. In einer Risikoschwangerschaft werden zusätzliche Ultraschalluntersuchungen übernommen, wenn die Gynäkologin oder der Gynäkologe diese nach klinischem Ermessen als nötig erachtet.

3. Werden die Kosten der Geburtsvorbereitung übernommen?

Für Geburtsvorbereitungskurse, die die Hebamme einzeln oder in Gruppen durchführt, oder für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme im Hinblick auf die Geburt, die Planung des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung leistet die Krankenkasse einen Beitrag von 150 Franken.

4. Wird ein Ersttrimestertest vergütet?

Ja, dieser Test wird zur pränatalen Abklärung des Risikos der Trisomien 21, 18 und 13 anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12.-14. Schwangerschaftswoche) sowie der Bestimmung von bestimmten Faktoren im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren (u.a. Alter der Mutter) vergütet.

5. Wann wird ein Trisomie-Test (nicht-invasiver Pränatal-Test NIPT) übernommen?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt diesen Test zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13 bei Einlingsschwangerschaften ab der 12. Schwangerschaftswoche, wenn ein erhöhtes Risiko einer Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt. Dieses Risiko muss vorher mit dem Ersttrimester-Test bestimmt worden sein (siehe Ziff. 4). Ein erhöhtes Risiko liegt vor, wenn dieses 1:1000 oder höher ist. Ein positives Resultat im NIPT sollte in einer Fruchtwasseruntersuchung bestätigt werden (vgl. Ziff. 6).

6. Wird eine Fruchtwasseruntersuchung in jedem Fall rückerstattet?

Eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), eine Chorionbiopsie (Biopsie der Plazenta) oder eine Cordozentese (Nabelschnurpunktion) werden übernommen, wenn

- aufgrund des nicht-invasiven Tests NIPT ein hochgradiger Verdacht oder aufgrund des Ersttrimestertests ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 besteht
- bei Schwangeren aufgrund des Ultraschallbefundes, der Familienanamnese oder aus einem andern Grund ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt
- eine Gefährdung des Fötus durch eine Schwangerschaftskomplikation, eine Erkrankung der Mutter oder eine nicht genetisch bedingte Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Fötus besteht.

7. Geburt im Spital, zu Hause oder im Geburtshaus?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder in einem Geburtshaus, vorausgesetzt das fragliche Spital oder Geburtshaus ist auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt. Die Geburtshilfe durch eine Ärztin, einen Arzt oder eine Hebamme werden ebenfalls übernommen.

8. Werden Stillberatungen vergütet?

Ja, es werden drei Stillberatungen übernommen, die durch eine Hebamme oder eine speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwester durchgeführt werden.

9. Welche Leistungen können die Hebammen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen?

a) In einer normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sieben Kontrolluntersuchungen durchführen. Die Hebamme weist die Schwangere darauf hin, dass im ersten Trimester eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist. In einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit der Ärztin oder dem Arzt zusammen. In einer pathologischen Schwangerschaft erbringt die Hebamme Leistungen nach ärztlicher Anordnung.

b) Während den Kontrolluntersuchungen kann sie Ultraschallkontrollen anordnen.

c) Sie kann vorgeburtliche Untersuchungen mittels Kardiotokografie, nachgeburtliche Kontrollen, Geburtsvorbereitungen und Stillberatungen durchführen.

d) Sie kann gewisse Laboranalysen anordnen.

e) In den 56 Tagen nach der Geburt kann sie die Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind wahrnehmen. Sie kann auch die Mutter in der Pflege und Ernährung des Kindes unterstützen und beraten.

Nach einer Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einem Kaiserschnitt kann die Hebamme höchstens 16 Hausbesuche durchführen, in allen anderen Situationen höchstens 10 Hausbesuche. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme zusätzlich höchstens an 5 Tagen einen zweiten Besuch machen. Für weitere Hausbesuche, auch nach den 56 Tagen nach der Geburt, ist eine ärztliche Verordnung notwendig.

10. Sind alle Leistungen, die während der Schwangerschaft oder der Geburt vorgenommen werden, von der Kostenbeteiligung ausgenommen?

Der Versicherer darf keine Kostenbeteiligung erheben, wenn es sich um besondere Mutterschaftsleistungen gemäss den Ziffern 1 bis 9 handelt.

Zudem müssen sich Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Geburt nicht mehr an den Kosten für allgemeine Leistungen und Pflegeleistungen bei Krankheit beteiligen. Sie müssen sich somit auch nicht mehr an den Behandlungskosten von unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten beteiligen.

11. Welche Versicherung übernimmt die Pflegekosten für das Neugeborene?

Die Pflege des gesunden Neugeborenen sowie sein Spitalaufenthalt gehen zu Lasten der Krankenversicherung der Mutter und gelten als Mutterschaftsleistungen, die nicht der Kostenbeteiligung unterliegen. Liegen bei einem Neugeborenen Gesundheitsprobleme vor, so werden die Behandlungskosten nicht mehr als Mutterschaftsleistungen betrachtet und fallen inklusive des damit verbundenen Spitalaufenthalts zu Lasten der Krankenversicherung des Neugeborenen.

VI. Spitalaufenthalt

1. Ist eine Zusatzversicherung, die die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz ermöglicht, noch nötig?

Ja, diese Versicherung kann noch nötig sein, auch wenn die versicherte Person unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen kann. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig, höchstens aber die Kosten, die diese Behandlung verursacht hätte, wenn sie in einem Listenspital des Wohnkantons der versicherten Person durchgeführt worden wäre. Ist der Tarif im behandelnden ausserkantonalen Spital höher als der Tarif in einem Listenspital des Wohnkantons der versicherten Person, geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person oder gegebenenfalls von deren Zusatzversicherung.

Eine volle Kostenübernahme durch die Grundversicherung erfolgt in jedem Fall, wenn die ausserkantonale Spitalbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig war, d.h. in einem Notfall oder wenn die konkrete Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons nicht angeboten wird.

VII. Zahnärztliche Behandlung

1. **Übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung zahnärztliche Behandlungen?**

Grundsätzlich werden zahnärztliche Behandlungen nicht übernommen. Vergütet werden lediglich zahnärztliche Behandlungen, die durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kau-systems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind. Gemäss ständiger Rechtsprechung ist die Liste der Erkrankungen, die eine zahnärztliche Behandlung erfordern, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht, abschliessend (BGE 129 V 80). Diese Erkrankungen sind in den Artikeln 17 bis 19 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt:

www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html.