



# Faktenblatt

## Brandkatastrophe von Crans-Montana: Kostenübernahme bei Unfall durch die Kranken- und Unfallversicherung

---

Datum:

6. Februar 2026

---

### 1 Ausgangslage

Am 1. Januar 2026 gegen ca. 1:30 Uhr brach in der Bar „Le Constellation“ in Crans-Montana ein verheerender Brand aus. Die Behörden schlossen einen Anschlag aus und gehen von einem tragischen Unfall aus. Nach Angaben der Kantonspolizei Wallis hat es 116 verletzte Personen gegeben. Der Bundesrat hat am 14. Januar 2026 entschieden<sup>1</sup>, dass die Opfer von Crans-Montana und ihre Angehörigen ausreichend Unterstützung erhalten sollen.

In Bezug auf die von den Sozialversicherungen oder privat abgeschlossenen Versicherungen nicht gedeckten Kosten hat der Vorstand der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) am 23. Januar 2026 ausserordentliche Empfehlungen zur Gewährung der Soforthilfe genehmigt.<sup>2</sup> Die Empfehlungen präzisieren Bestimmungen des Opferhilfegesetzes (OHG; SR 312.5) und gewährleisten eine einheitliche Anwendung der Soforthilfe in allen Kantonen.

Das vorliegende Faktenblatt gibt eine Übersicht der Regelfinanzierung bei Unfall im Bereich Kranken- und Unfallversicherung und richtet sich an die betroffenen (Fach-)Kreise.

### 2 Kostenübernahme bei Unfall durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

#### Leistungen bei Unfall nach KVG

Sofern eine Person nicht nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) gegen Unfall versichert ist (z.B. Kinder und Studierende), ist sie subsidiär gegen Unfall in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) versichert. Es gelten dabei die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Insbesondere besteht eine Kostenbeteiligung in Form von Franchise und Selbstbehalt bei Unfalldeckung durch die OKP. Bei erwachsenen Personen kommt zusätzlich der Spitalbeitrag bei stationärer Behandlung hinzu. Der Spitalbeitrag entfällt bei Kindern nach Art. 61 Abs. 3 KVG sowie bei jungen Erwachsenen nach Art. 61 Abs. 3 KVG, welche in Ausbildung sind (Art. 104 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]; SR 832.102).

Im Rahmen der OKP werden nur Leistungen vergütet, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (sog. WZW-Kriterien, vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Für ärztliche Leistungen und Leistungen der Spitäler, die den grössten Teil der Leistungen darstellen, gilt das Vertrauensprinzip, wonach vermutet wird, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die den WZW-Kriterien entsprechen. So werden, sofern

---

<sup>1</sup> Medienmitteilung vom 14. Januar 2026: [Brandkatastrophe von Crans-Montana: Bundesrat sichert Opfern und ihren Angehörigen seine Unterstützung zu](#)

<sup>2</sup> Medienmitteilung der SODK vom 26. Januar 2026: [SODK beschliesst ausserordentliche Empfehlungen zur Präzisierung der Opferrechte nach der Brandkatastrophe von Crans-Montana](#)



nichts anderes bestimmt ist, alle Leistungen vergütet, wenn diese den WZW-Kriterien entsprechend erbracht werden. In diesem Bereich gibt es also keine Positivliste der Leistungen. Positivlisten gibt es nur im Bereich der Arzneimittel, der Mittel und Gegenstände und der Analysen sowie Leistungen der Prävention und Mutterschaft.

Im stationären Bereich kommt für die Vergütung das Fallpauschalen-System SwissDRG zur Anwendung. Betreffend die Therapiefreiheit ist festzuhalten, dass auch im Rahmen der Fallpauschalen grundsätzlich die Kostenübernahme nur für Pflichtleistungen und unter Einhaltung der WZW-Kriterien erfolgt. Die Vergütung der stationären Leistung wird nach Art. 49a KVG vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Eine anderweitige Übernahme der Vergütung ist im KVG nicht vorgesehen.

Von der OKP nicht vergütet werden Kosten, die bei Angehörigen anfallen (z.B. für Reisen oder Unterkünfte), sowie Übersetzungskosten im ambulanten Bereich. Zudem sieht die OKP keine Taggeld-Leistungen bei Erwerbsausfall vor.

#### *Transportkosten*

Die OKP beteiligt sich an den Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten und Rettungen. Es gilt folgendes:

- *Primärtransporte*: Wenn für die Fahrt zu einer Behandlung aus medizinischen Gründen ein spezielles Transportmittel nötig ist (z.B. Ambulanz) oder der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten einen Transport mit einem öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht erlaubt, werden von der OKP die Hälfte der Kosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 500 Franken vergütet.
- *Rettung*: Wird eine Person aus einer Gesundheit und Leben akut bedrohenden Situation befreit und notfallmässig der nächstgelegenen, geeigneten medizinischen Behandlung zugeführt, übernimmt die OKP die Hälfte der Kosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von CHF 5000 Franken. Diese Regelung gilt nur für Rettungen in der Schweiz.
- *Sekundärtransporte*: Medizinisch notwendige Transporte von einem Spital in ein anderes sind Teil der stationären Behandlung (Art. 33 Bst. g KVV). Im Bereich der Sekundärtransporte werden die Kosten grundsätzlich durch die leistungsbezogenen Pauschalen, welche im stationären Bereich zur Anwendung kommen, durch die OKP vergütet. Gemäss den Regeln zur Fallabrechnung unter SwissDRG werden Sekundärtransporte vom verlegenden Spital übernommen und im Rahmen der Fallpauschale abgegolten.

#### **Leistungen nach EU-Recht in EU/EFTA-Staaten (Leistungsaushilfe)**

Die Koordination der Sozialversicherungsleistungen erfolgt durch die [Verordnung Nr. 883/2004](#) und die [Verordnung Nr. 987/2009](#) (in der Fassung gemäss Anhang II Freizügigkeitsabkommen). Räumlich gelten diese für das Hoheitsgebiet der Schweiz und dasjenige der einzelnen EU/EFTA-Staaten sowie sachlich für Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU/EFTA-Staates.

EU/EFTA-Staatsangehörige und Schweizer, die in der Schweiz versichert und für medizinische Behandlungen ins europäische Ausland verlegt werden, erhalten Sachleistungen im Behandlungsstaat nach dem im Behandlungsstaat vorgesehenen Leistungskatalog (Art. 20 [Verordnung Nr. 883/2004](#)). Hierfür ist durch den zuständigen Versicherer eine Anspruchsbescheinigung auszustellen. Der ausländische Leistungserbringer darf keinen Kostenvorschuss bei der betroffenen Person verlangen. Allenfalls durch die versicherte Person zu tragende Selbstbehalte können durch den Schweizer Versicherer übernommen werden, sofern die Behandlungskosten im Ausland tiefer sind als eine vergleichbare Behandlung in der Schweiz.

Nicht durch das Koordinationsrecht gedeckt sind medizinische Behandlungen in Privatkliniken im Ausland.



### 3 Kostenübernahme bei Unfall durch die Unfallversicherung (UV)

#### Leistungen nach UVG in der Schweiz

Grundsätzlich sind über das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) Schädigungen der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit (Gesundheitsschäden) gedeckt, wenn der Unfallbegriff gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) erfüllt ist. Auch Sachschäden können den Unfallbegriff erfüllen und dabei an die Stelle des Gesundheitsschadens treten.

Wenn eine UVG-Deckung in der Schweiz besteht (mithin bei in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden) und in der Schweiz Leistungen erbracht werden, ist die Staatsangehörigkeit nicht von Belang.

#### *Sachleistungen (Heilbehandlung)*

Nach UVG versicherte Personen haben Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, insbesondere die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 10 Abs. 1 Bst. c UVG).

Leistungen zur Unterstützung von Familienangehörigen sieht das UVG bei Heilbehandlungen keine vor (vgl. aber «Rettungs-, Transport- und Reisekosten» nachstehend).

#### *Rettungs-, Transport- und Reisekosten*

Die notwendigen Reise-, Transport- und Rettungskosten werden vergütet (Art. 13 Abs. 1 UVG). Zudem können weitergehende Reise-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten vergütet werden, wenn es die familiären Verhältnisse rechtfertigen (Art. 20 Abs. 1 und Art. 58 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]; SR 832.202).

Die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG hat diese Bestimmungen in der [Empfehlung Nr. 1/94](#) «Kostenübernahme von Rettungs-, Bergungs-, Reise- und Transportkosten, Unterkunfts- und Verpflegungskosten» präzisiert und zusätzlich mittels [Rundschreiben vom 2. Februar 2026](#) über die Anwendung im Zusammenhang mit der Brandkatastrophe in Crans-Montana informiert. Konkret werden auf begründeten Antrag die effektiven Reise-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten von Angehörigen vergütet, jedoch maximal CHF 6'000.00 pro Monat im Total pro versicherte Person (ausgehend von einem Ansatz von CHF 200.00 pro Tag), solange die versicherte Person im Akutspital betreut wird, längstens bis zum Eintritt in die Rehaklinik.

#### *Taggeld, Invalidenrente und Integritätsentschädigung*

Bei voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf ein Taggeld ab dem dritten Tag nach dem Unfalltag in Höhe von 80 Prozent des versicherten Verdienstes (Art. 16 Abs. 1 i.V.m. Art. 17 Abs. 1 UVG). Wenn die Arbeitsfähigkeit nicht wiedererlangt wird, besteht u.U. ein Anspruch auf eine Invalidenrente nach Massgabe von Art. 18 ff. UVG. Zudem besteht ein Anspruch auf Integritätsentschädigung, wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG).

#### *Hinterlassenenrenten*

Stirbt der Versicherte an den Folgen des Unfalls, so haben der überlebende Ehegatte und die Kinder nach Massgabe der Art. 29 und 30 UVG Anspruch auf Hinterlassenenrenten (Art. 28 UVG).

#### Leistungen nach EU-Recht in EU/EFTA-Staaten (Leistungsaushilfe)

Die Koordination der Sozialversicherungsleistungen erfolgt durch die [Verordnung Nr. 883/2004](#) und die [Verordnung Nr. 987/2009](#) (in der Fassung gemäss Anhang II Freizügigkeitsabkommen). Räumlich gelten diese für das Hoheitsgebiet der Schweiz und dasjenige der einzelnen EU/EFTA-Staaten sowie sachlich für Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU/EFTA-Staates.



### *Sachleistungen (Heilbehandlung)*

In der Schweiz versicherte EU/EFTA-Staatsangehörige und Schweizer Staatsangehörige, die für medizinische Behandlungen ins europäische Ausland verlegt werden, erhalten Sachleistungen im Behandlungsstaat nach dem im Behandlungsstaat vorgesehenen Leistungskatalog (Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen gemäss Art. 20 Verordnung Nr. 883/2004; vgl. Beschluss Nr. S12 der Europäischen Verwaltungskommission: [Beschluss - 2025/1598 - EN - EU-Lex](#)). Allenfalls durch die versicherte Person zu tragende Selbstbehalte nach ausländischem Recht können durch den Schweizer Versicherer übernommen werden, sofern die Behandlungskosten im Ausland tiefer sind als eine vergleichbare Behandlung in der Schweiz (Art. 26 (7) Verordnung Nr. 987/2009).

### *Rettungs-, Transport- und Reisekosten*

Sofern diese nicht bereits durch den Behandlungsstaat erbracht und den Versicherern in Rechnung gestellt werden, können diese im Rahmen des UVG erstattet werden (Art. 26 (8) Verordnung Nr. 987/2009). Diesfalls gelten die vorstehenden Ausführungen, insbesondere zur Empfehlung Nr. 1/94 der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG.

## **Drittstaatsangehörige**

Für Drittstaatsangehörige, die nach UVG versichert sind und ins europäische Ausland verlegt werden, sind die Verordnung Nr. 883/2004 und Verordnung Nr. 987/2009 nicht anwendbar. Die Leistungen werden gestützt auf das UVG vergütet, welche für Behandlungen im Ausland Einschränkungen vorsieht:

### *Sachleistungen (Heilbehandlung)*

Für eine notwendige Heilbehandlung im Ausland wird dem Versicherten höchstens der doppelte Betrag der Kosten vergütet, die bei der Behandlung in der Schweiz entstanden wären (Art. 10 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 17 UVV).

### *Rettungs-, Transport- und Reisekosten*

Die Vergütung im Ausland ist auf einen Fünftel des Höchstbetrags des versicherten Jahresverdiensts, also maximal CHF 29'640, begrenzt (Art. 13 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 20 Abs. 2 UVV).