

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹ (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 3. August 2017)

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI),

gestützt auf die Artikel 33, 36 Absatz 1, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 65b Absatz 3, 65f Absatz 5, 65g Absatz 3, 70a, 75, 77 Absatz 4 und 104a der Verordnung vom 27. Juni 1995² über die Krankenversicherung (KVV),³

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel:

Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen⁴

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1⁵

Der Anhang 1 bezeichnet diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung):

- a. übernommen werden;
- b. nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden;
- c. nicht übernommen werden.

AS 1995 4964

¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 7. Okt. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3670).

² SR 832.102

³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 6493).

2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

Art. 2⁶ Grundsatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

² Psychotherapie ist eine Form der Therapie, die:

- a. psychische und psychosomatische Erkrankungen betrifft;
- b. ein definiertes therapeutisches Ziel anstrebt;
- c. vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht, aber eine unterstützende medikamentöse Therapie nicht ausschliesst;
- d. auf einer Theorie des normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut;
- e. die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung beinhaltet;
- f. sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen auszeichnet; und
- g. als Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie durchgeführt wird.

Art. 3⁷ Kostenübernahme

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

Art. 3a⁸

Art. 3b⁹ Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

¹ Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten. Der Bericht muss enthalten:

- a. Art der Erkrankung;
- b. Art, Setting, Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Behandlung;

⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS 2006 2957). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS 2006 2957). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

- c. einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, Setting und voraussichtlicher Dauer.

² Der Bericht darf nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.¹⁰

⁴ Der Versicherer teilt der versicherten Person mit Kopie an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang des Berichts beim Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin mit, ob und für welche Dauer die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

Art. 3c und **3d**¹¹

3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Art. 4

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:¹²

- a.¹³ Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet;
- b.¹⁴ Arzneimittel:
pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste in den Abgabekategorien B (Abgabe durch Apotheken auf ärztliche Verschreibung), C (Abgabe nach Fachberatung durch Medizinalperson) und D (Abgabe nach Fachberatung):
- 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte),
 - 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Protonenpumpenhemmer),

¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

¹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

¹² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine), 7.07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen),
 4. 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.21 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Protonenpumpenhemmern), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen),
 5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);
- c.¹⁵ Mittel und Gegenstände:
1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen,
 2. Produkte der Gruppe 09.02.01 Transkutane elektrische Nervenstimulationsgeräte (TENS),
 3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel,
 4. Produkte der Gruppe 23. Orthesen,
 5. Produkte der Gruppe 34. Verbandmaterial;
- d.¹⁶ Bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes,
 2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten,
 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsen skelettes und der peripheren Gelenke,
 4. Diagnostischer Ultraschall,
 5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie;
- e.¹⁷ physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

4. Abschnitt:¹⁸ Pharmazeutische Leistungen

Art. 4a

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten folgender Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker:

- a. Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;

¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS 2013 1925).

¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS 2013 1925).

¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

- b. Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;
- c. Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;
- d. ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

² Die Versicherung kann die Kosten von weitergehenden kostendämpfenden Leistungen zugunsten einer Gruppe von Versicherten im Rahmen eines Tarifvertrages übernehmen.

5. Abschnitt:¹⁹ Ärztliche komplementärmedizinische Leistungen

Art. 4b

Die Versicherung übernimmt die Kosten von Leistungen der folgenden Fachrichtungen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- a. Akupunktur: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA) des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) vom 1. Juli 2015²⁰ entspricht;
- b. anthroposophische Medizin: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) des SIWF vom 1. Januar 1999, revidiert am 16. Juni 2016²¹, entspricht;
- c. Arzneimitteltherapie der traditionellen chinesischen Medizin (TCM): sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA) des SIWF vom 1. Juli 2015²² entspricht;
- d. klassische Homöopathie: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Homöopathie (SVHA) des SIWF vom 1. Januar 1999, revidiert am 10. September 2015²³, entspricht;
- e. Phytotherapie: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Phytotherapie (SMGP) des SIWF vom 1. Juli 2011, revidiert am 5. November 2015²⁴ entspricht.

¹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS 2017 3689).

²⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

2. Kapitel: Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

1. Abschnitt: Physiotherapie

Art. 5

¹ Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:²⁵

- a. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung;
- b. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion:
 1. aktive und passive Bewegungstherapie,
 2. manuelle Therapie,
 3. detonisierende Physiotherapie,
 4. Atemphysiotherapie (inkl. Aerosolinhalationen),
 5. medizinische Trainingstherapie,
 6. lymphologische Physiotherapie,
 7. Bewegungstherapie im Wasser,
 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose,
 9. Herz-Kreislauf-Physiotherapie,
 - 10.²⁶ Beckenboden-Physiotherapie;
- c. Physikalische Massnahmen:
 1. Wärme- und Kältetherapie,
 2. Elektrotherapie,
 3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
 4. Ultraschall,
 5. Hydrotherapie,
 6. Muskel- und Bindegewebsmassage.²⁷

¹bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.²⁸

²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

ter Die medizinische Trainingstherapie beginnt mit einer Einführung in das Training an Geräten und ist maximal drei Monate nach der Einführung abgeschlossen. Der medizinischen Trainingstherapie geht eine physiotherapeutische Einzelbehandlung voran.²⁹

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.³⁰

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

⁴ Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.³¹

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959³² über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.³³

2. Abschnitt: Ergotherapie

Art. 6

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie von Organisationen der Ergotherapie im Sinne der Artikel 46, 48 und 52 KVV erbracht werden, soweit sie:

- a. der versicherten Person bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen oder
- b.³⁴ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

³⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

³¹ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

³² SR **831.20**

³³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1997** 564).

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.³⁵

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

⁴ Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.³⁶

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959³⁷ über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.³⁸

3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim³⁹

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994⁴⁰, KVG).⁴¹

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

³⁶ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

³⁷ SR **831.20**

³⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

⁴⁰ SR **832.10**

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

- a.⁴² Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:⁴³
1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,
 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,
 - 3.⁴⁴ Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:
1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
 - 7.⁴⁵ Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
 9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
 11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
 12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,

⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁴⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

13.⁴⁶pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,

14.⁴⁷Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;

c. Massnahmen der Grundpflege:

1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,

2.⁴⁸ Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

^{2bis} Die folgenden Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein:

- a. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.
- b. Die Abklärung, ob Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben b Ziffern 13 und 14 und c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.⁴⁹

^{2ter} Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.⁵⁰

³ Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche

⁴⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁴⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁴⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.⁵¹

Art. 7a⁵² Beiträge

¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 79.80 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 65.40 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.60 Franken.

² Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.

³ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag:

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.00 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 18.00 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 27.00 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 36.00 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 45.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 54.00 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 63.00 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 72.00 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 81.00 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 90.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.00 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 108.00 Franken.

⁴ Die Versicherung übernimmt für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2^{ter} die Beiträge nach Absatz 3 an die Kostender Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag oder Nacht.

⁵¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁵² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

Art. 7b⁵³ Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

¹ Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig. Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

² Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG⁵⁴.

Art. 8⁵⁵ Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.⁵⁶

² Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs.

³ Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.

^{3bis} Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.⁵⁷

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.⁵⁸

⁵ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

⁵³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁵⁴ SR 832.10

⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁵⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁵⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

- ⁶ Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:
- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
 - b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate;
 - c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.⁵⁹

^{6bis} Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.⁶⁰

⁷ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.⁶¹

Art. 8a⁶² Kontroll- und Schlichtungsverfahren

¹ Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b und Versicherer vereinbaren gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege.

² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Verfahren nach Absatz 1 fest.

³ Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG⁶³) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

⁵⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶³ SR 832.10

Art. 9⁶⁴ Abrechnung

¹ Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.

² Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegeheime müssen nach dem Pflegebedarf in Rechnung gestellt werden.

Art. 9a⁶⁵**3a. Abschnitt:⁶⁶ Ernährungsberatung****Art. 9b⁶⁷**

¹ Der Ernährungsberater, die Ernährungsberaterin oder die Organisation der Ernährungsberatung im Sinne der Artikel 46, 50a und 52b KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:⁶⁸

- a.⁶⁹ Stoffwechselkrankheiten;
- b.⁷⁰ Adipositas (Body-Mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- bbis.⁷¹ Adipositas und Übergewicht im Rahmen der «ambulanten individuellen multiprofessionellen strukturierten Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche» nach Anhang 1 Ziffer 4;
- c. Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- d. Krankheiten des Verdauungssystems;
- e. Nierenerkrankungen;
- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;

⁶⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997 (AS 1997 2436). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1997 564).

⁶⁷ Ursprünglich Art. 9a.

⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 5829).

⁶⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

⁷⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 5829).

⁷¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 6. Dez. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 5329).

- g. Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

² Die Krankenversicherung übernimmt höchstens sechs vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeordnete Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, so kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden.⁷²

³ Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin richten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll.⁷³

3b. Abschnitt:⁷⁴ Diabetesberatung

Art. 9c

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht wird:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung;
- b. von einer nach Artikel 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.⁷⁵

² Die Diabetes-Beratung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (*Diabetes mellitus*) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.

³ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zehn Sitzungen. Soll die Diabetes-Beratung nach zehn Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Beratung zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.⁷⁶

⁷² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

⁷³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁷⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁴ In den Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft können Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen (Art. 50a KVV) die Leistung nach Artikel 9b Absätze 1 Buchstabe a sowie 2 und 3 erbringen.

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

Der Logopäde, die Logopädin oder die Organisation der Logopädie führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:⁷⁷

- a. organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b. phoniatrische Leiden (z. B. partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers; Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache; hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache).

Art. 11 Voraussetzungen

¹ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.⁷⁸

² Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

³ Soll die logopädische Therapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.⁷⁹

⁴ Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin hat dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2537).

⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁵ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 3 und 4 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

5. Abschnitt:⁸⁰ Neuropsychologie

Art. 11a

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der diagnostischen Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Neuropsychologen und Neuropsychologinnen nach Artikel 50b KVV durchgeführt werden.

² Sie übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens sechs Sitzungen. Pro Jahr und Patient oder Patientin sind höchstens zwei ärztliche Anordnungen möglich.

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12⁸¹ Grundsatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG⁸²):

- a. prophylaktische Impfungen (Art. 12a);
- b. Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (Art. 12b);
- c. Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (Art. 12c);
- d. Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen (Art. 12d);
- e. Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung, einschliesslich Massnahmen, die sich an alle Personen einer bestimmten Altersgruppe oder an alle Männer oder alle Frauen richten (Art. 12e).

Art. 12a⁸³ Prophylaktische Impfungen

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende prophylaktische Impfungen unter folgenden Voraussetzungen:

⁸⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2016 4933).

⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

⁸² SR 832.10

⁸³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007 (AS 2007 6839). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS 2013 1925).

Massnahme	Voraussetzung
a. ⁸⁴ Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2017 ⁸⁵ » (Impfplan 2017) ⁸⁶ des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
b. ⁸⁷ Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss Impfplan 2017.
c. ⁸⁸ Impfung gegen Influenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Impfplan 2017. 2. Während einer Influenza-Pandemie-Bedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (nach Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005⁸⁹). Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.
d. ⁹⁰ Hepatitis-B-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung. 2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98⁹¹ und Ergänzung des Bulletins 36/98⁹²) sowie gemäss Impfplan 2017.

⁸⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2537).

⁸⁵ Ausdruck gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2017 3487). Diese Änd. wurde im ganzen Erlass berücksichtigt.

⁸⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>.

⁸⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4393).

⁸⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4393).

⁸⁹ SR 818.101.23

⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>.

⁹² Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>.

Massnahme	Voraussetzung
e. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.
f. ⁹³ Pneumokokken-Impfung	1. Gemäss Impfplan 2017. 2. Für Säuglinge und Kinder ab dem Alter von 2 Monaten bis 5 Jahren.
g. ⁹⁴ Meningokokken-Impfung	Gemäss Impfplan 2017. Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
h. ⁹⁵ Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss Impfplan 2017.
i. ⁹⁶ Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Gemäss Impfplan 2017. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
j. ⁹⁷ Varizellen-Impfung	Gemäss Impfplan 2017.
k. ⁹⁸ Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. ⁹⁹ Gemäss Impfplan 2017: a. Basisimpfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 26 Jahren; diese Bestimmung gilt bis zum 30. Juni 2018;
⁹³	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 25. Nov. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4639).
⁹⁴	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).
⁹⁵	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4393).
⁹⁶	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).
⁹⁷	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).
⁹⁸	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Juli 2016 (AS 2015 5125).
⁹⁹	Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2017 3487).

Massnahme	Voraussetzung
1. ¹⁰⁰ Hepatitis-A-Impfung	<p>c. ergänzende Impfung bei Knaben und Männern im Alter von 11 bis 26 Jahren</p> <p>2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen:</p> <p>a. Die Information der Zielgruppen und von deren Eltern/gesetzlicher Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt.</p> <p>b. Die Vollständigkeit der Impfung wird angestrebt.</p> <p>c. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert.</p> <p>d. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt.</p> <p>3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p> <p>Gemäss Impfplan 2017.</p> <p>Bei folgenden Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung – bei Kindern aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren – bei drogeninjizierenden Personen – bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern ausserhalb einer stabilen Beziehung. <p>Postexpositionelle Impfung innerhalb von</p>

¹⁰⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

Massnahme	Voraussetzung
	sieben Tagen nach Exposition. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
m. Impfung gegen Tollwut	Postexpositionelle Impfung nach Biss durch ein tollwütiges oder tollwutverdächtiges Tier. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

Art. 12b¹⁰¹ Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen).
b. Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.
c. ¹⁰² HIV-Postexpositionsprophylaxe	Gemäss den Empfehlungen des BAG vom 24. November 2014 (BAG-Bulletin Nr. 48, 2014) ¹⁰³ . Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
d. ¹⁰⁴ Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen «Postexpositionelle passive Immunisierung» vom Oktober 2004) ¹⁰⁵ . Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

¹⁰¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹⁰² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009 (AS 2009 2821). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4393).

¹⁰³ Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>

¹⁰⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009 (AS 2009 2821). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 31. Mai 2011, in Kraft seit 1. Juli 2011 (AS 2011 2669).

¹⁰⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>

Massnahme	Voraussetzung
e. ¹⁰⁶ Prophylaktische Mastektomie und / oder Adnexektomie	Bei Trägerinnen von Mutationen oder Deletionen im BRCA1- oder BRCA2-Gen

Art. 12c¹⁰⁷ Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes:

Massnahme	Voraussetzung
a. ¹⁰⁸ Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	Gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie herausgegebenen Checklisten Vorsorgeuntersuchungen, 4. Auflage, 2011 ¹⁰⁹ . Die Kostenübernahme erfolgt für höchstens acht Untersuchungen.

Art. 12d¹¹⁰ Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. ¹¹¹ HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter. Bei den übrigen Personen gemäss der Richtlinie «Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin bei bestimmten Krankheitsbildern (HIV-Indikatorerkrankungen)» des BAG vom 18. November 2013 ¹¹² .

¹⁰⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011 (AS 2011 6487). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 12. Juni 2012, in Kraft seit 1. Juli 2012 (AS 2012 3553).

¹⁰⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹⁰⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 25. Nov. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4639).

¹⁰⁹ Die Checklisten sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹¹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015 (AS 2015 2197).

¹¹² Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

Massnahme	Voraussetzung
b. ¹¹³ Koloskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
c. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
d. ¹¹⁴ Digitale Mammografie, Mamma-MRI	<p>1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung gemäss BAG-Referenzdokument «Risikoabschätzung» (Stand 02/2015)¹¹⁵.</p> <p>Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie «stark erhöhtes Risiko» ist eine genetische Beratung nach Buchstabe f. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument «Überwachungsprotokoll» (Stand 02/2015)¹¹⁶. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss.</p> <p>2.¹¹⁷ Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein zertifiziertes Brustzentrum, das die Anforderungen nach den «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren» der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015¹¹⁸, nach den Empfehlungen «The requirements of a specialist Breast Cent-</p>

¹¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015, Ziff. 2 in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2015 2197).

¹¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

¹¹⁶ Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

¹¹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2017 3487).

¹¹⁸ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahme	Voraussetzung
	<p>re» der <i>European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)</i>, veröffentlicht am 19. August 2013¹¹⁹, oder nach den Kriterien im «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016¹²⁰ erfüllt.</p> <p>Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten. Soll die Leistung in einer anderen Institution durchgeführt werden, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>
<p>e. In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie</p>	<p>Bei Personen nach einem Anästhesiezweischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie und bei Blutsverwandten ersten Grades von Personen, bei denen eine maligne Hyperthermie unter Anästhesie bekannt ist und eine Prädisposition für maligne Hyperthermie dokumentiert ist.</p> <p>In einem Zentrum, das von der «European Malignant Hyperthermia Group» anerkannt ist.</p>
<p>f.¹²¹ Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebskrankheit</p>	<p>Bei Patienten und Patientinnen und Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom – Polyposis Coli/attenuierter Form der Polyposis Coli – hereditärem Colocarzinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC) – Retinoblastom <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen medi-</p>

¹¹⁹ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

¹²⁰ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

¹²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

Massnahme	Voraussetzung
	zinische Genetik oder Mitglieder des «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin medizinische Genetik erbringen können.
g. ¹²² Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine akute hepatische Porphyrie (akut-intermittierende Porphyrie, Porphyria variegata oder hereditäre Koproporphyrinurie)	Bei Familienangehörigen von Personen mit symptomatischer nachgewiesener Erkrankung, die ein Risiko von mindestens 12,5 % aufweisen, diese genetische Krankheit zu erben

² Wird für die Zuordnung zu einer Risikogruppe ein bestimmter Grad der Verwandtschaft mit einer oder mehreren erkrankten Personen vorausgesetzt, so ist dieser Verwandtschaftsgrad aufgrund anamnestischer Angaben im medizinisch-biologischen Sinne zu ermitteln.¹²³

Art. 12e¹²⁴ Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung in der allgemeinen Bevölkerung unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. ¹²⁵ Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-	Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).

¹²² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2537).

¹²³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015 (AS 2015 2197).

¹²⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Dez. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 5329).

Massnahme	Voraussetzung
	Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose.
b. Gynäkologische Vorsorgeunter- suchung inklusive Krebsabstrich	Die ersten beiden Untersuchungen in- klusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden; sonst Untersuchungs- intervall nach klinischem Ermessen.
c. ¹²⁶ Screening-Mammografie	Ab dem vollendeten 50. Lebensjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 ¹²⁷ über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.
d. ¹²⁸ Früherkennung des Kolon- karzinoms	Im Alter von 50 bis 69 Jahren. Untersuchungsmethoden: – Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen ge- mäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder – Koloskopie, alle 10 Jahre. Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kanton- en Jura, Neuenburg, Uri oder Waadt oder im Verwaltungskreis Berner Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG¹²⁹):

¹²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5125).

¹²⁷ SR 832.102.4

¹²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013 (AS 2013 1925). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2017 3487).

¹²⁹ SR 832.10

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. ¹³⁰ In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erstkonsultation</i>: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung, Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). – <i>Weitere Konsultationen</i>: Kontrolle des Allgemeinzustandes, insbesondere von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). Umfassende Beratung in Zusammenhang mit der Schwangerschaft, namentlich zu aufgetretenen Schwangerschaftsbeschwerden. – Falls die Kontrollen ausschliesslich durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, weisen diese die Versicherte darauf hin, dass im zweiten Trimenon der Schwangerschaft ein Beratungsgespräch mit der Hebamme nach Artikel 14 sinnvoll ist.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b. ¹³¹ Ultraschallkontrollen	
1. ¹³² In der normalen Schwangerschaft eine Routineuntersuchung in der 12.–14. Schwangerschaftswoche; eine Routineuntersuchung in der 20.–23. Schwangerschaftswoche	<p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.</p> <p>Durchführung gemäss den «Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft» der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM), Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage (2011)¹³³.</p> <p>Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fä-</p>
¹³⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 25. Nov. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4639).	
¹³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS 2008 3553).	
¹³² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5125).	
¹³³ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref .	

Massnahme	Voraussetzung
2. In der Risikoschwangerschaft	<p>Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall (SGUM).</p> <p>Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.</p> <p>Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall (SGUM).</p>
b ^{bis} . ¹³⁴ Ersttrimestertest	<p>Pränatale Abklärung des Risikos von Trisomie 21, 18 und 13: anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12.–14. Woche), der Bestimmung von PAPP-A und freiem β-HCG im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren.</p> <p>Nach einer Information nach Artikel 16 und der Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004¹³⁵ über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG).</p> <p>Anordnung nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall der SGUM und Zusatz-zertifizierung für die Nackentransparenz-Messung.</p> <p>Messung der Nackentransparenz nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall der SGUM.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p>
b ^{ter} . ¹³⁶ Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p>Nur zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13 bei Einlings-Schwangerschaften.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim</p>

¹³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015 (AS **2015** 2197). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS **2015** 5125).

¹³⁵ SR **810.12**

¹³⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015 (AS **2015** 2197). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS **2017** 3487).

Massnahme	Voraussetzung
	<p>Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 12. April 2017¹³⁷ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p> <p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.</p> <p>Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternale Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p> <p>Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.</p>
c. ¹³⁸ Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokografie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d. ¹³⁹ Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese	<p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen:</p> <p>–¹⁴⁰ Zur Bestätigung eines positiven Befundes bei Schwangeren, bei denen</p>

¹³⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).

¹³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015 (AS **2015** 2197).

Massnahme	Voraussetzung
	<p>aufgrund des nicht-invasiven pränatalen genetischen 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 vorliegt;</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Schwangeren, bei denen 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; – bei Gefährdung des Fötus durch eine Schwangerschaftskomplikation, eine Erkrankung der Mutter oder eine nicht genetisch bedingte Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Fötus. <p>Anordnung für genetische Untersuchungen nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte oder Fachärztinnen für Medizinische Genetik oder Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall der SGUM. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL)</p>
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

Art. 14¹⁴¹ Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 150 Franken:

- a. für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme oder die Organisation der Hebammen einzeln oder in Gruppen durchführt; oder

¹⁴⁰ Die Berichtigung im französischen vom 15. Sept. 2015 betrifft nur den französischen Text (AS 2015 3147).

¹⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

- b. für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme oder der Organisation der Hebammen im Hinblick auf die Geburt, die Planung und Organisation des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung.

Art. 15 Stillberatung

¹ Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹⁴²) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.¹⁴³

² Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16¹⁴⁴ Leistungen der Hebammen

¹ Die Hebammen und die Organisationen der Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:

- a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
 - 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen sieben Kontrolluntersuchungen durchführen; sie weist die Versicherte darauf hin, dass ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
 - 2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme oder die Organisation der Hebammen mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen; bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung.
- b. die Leistungen nach den Artikeln 13 Buchstaben c und e, 14 und 15;
- c. Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind sowie zur Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter in der Pflege und Ernährung des Kindes wie folgt:
 - 1. In den 56 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einer Sectio höchstens 16 Hausbesuche durchführen; in allen übrigen Fällen kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen.
 - 2. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen zusätzlich zu den Hausbesuchen nach Ziffer 1 höchstens 5 weitere Zweitbesuche am gleichen Tag durchführen.
 - 3. Für Hausbesuche, die in den 56 Tagen nach der Geburt zusätzlich zu den Hausbesuchen nach den Ziffern 1 und 2 oder die nach den

¹⁴² SR **832.10**

¹⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4933).

¹⁴⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS **2016** 4933).

56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden sollen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.

² Die Hebammen oder die Organisationen der Hebammen können gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste für die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben a und e die notwendigen Laboranalysen veranlassen.

³ Sie können bei den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG¹⁴⁵). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht:

- a. Erkrankungen der Zähne:
 1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
 2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste);
- b. Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):
 1. Präpubertäre Parodontitis,
 2. Juvenile, progressive Parodontitis,
 3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;
- c. Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:
 1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
 2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
 3. Osteopathien der Kiefer,
 4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
 5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
 1. Kiefergelenksarthrose,
 2. Ankylose,
 3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
 1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
 2. Mund-Antrumfistel;

¹⁴⁵ SR 832.10

- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
 - 1. Schlafapnoesyndrom,
 - 2. Schwere Störungen des Schluckens,
 - 3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

Art. 18 Allgemeinerkrankungen¹⁴⁶

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG¹⁴⁷):

- a.¹⁴⁸ Erkrankungen des Blutsystems:
 - 1. Neutropenie, Agranulozytose,
 - 2. Schwere aplastische Anämie,
 - 3. Leukämien,
 - 4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
 - 5. Hämorrhagische Diathesen;
- b. Stoffwechselerkrankungen:
 - 1. Akromegalie,
 - 2. Hyperparathyreoidismus,
 - 3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
 - 4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);
- c. Weitere Erkrankungen:
 - 1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
 - 2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
 - 3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
 - 4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
 - 5. Sklerodermie,
 - 6. AIDS,
 - 7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;
- d. Speicheldrüsenerkrankungen;
- e.¹⁴⁹ ...

¹⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁴⁷ SR 832.10

¹⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁴⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, mit Wirkung seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

² Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.¹⁵⁰

Art. 19¹⁵¹ Zahnärztliche Behandlungen¹⁵²

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG¹⁵³):

- a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;
- b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;
- c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d. bei Endokarditis;
- e.¹⁵⁴ bei Schlafapnoe-Syndrom.

Art. 19a¹⁵⁵ Geburtsgebrechen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:¹⁵⁶

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG¹⁵⁷, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

² Geburtsgebrechen im Sinne von Absatz 1 sind:

1. *Dysplasia ectodermalis*;
2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (*Epidermolysis bullosa hereditaria*, *Acrodermatitis enteropathica* und *Pemphigus benignus familiaris chronicus*);
3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, *Dysplasia epiphysearia multiplex*);

¹⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁵² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹⁵³ SR 832.10

¹⁵⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹⁵⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1997 564).

¹⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

¹⁵⁷ SR 832.10

4. Angeborene Dysostosen;
5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;
6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;
7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. *Arthromyodysplasia congenita* (Arthrogryposis);
11. *Dystrophia musculorum progressiva* und andere congenitale Myopathien;
12. *Myositis ossificans progressiva congenita*;
13. Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte);
14. Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten;
15. Angeborene Nasen- und Lippenfistel;
- 16.¹⁵⁸ *Proboscis lateralis*;
- 17.¹⁵⁹ Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. *Anodontia totalis congenita* oder *Anodontia partialis congenita* bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. *Hyperodontia congenita*, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intra-maxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. *Micrognathia inferior congenita* mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
 - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
 - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. *Mordex apertus congenitus*, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurtei-

¹⁵⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

¹⁵⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

lung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;

Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (beziehungsweise von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;

22. *Prognathia inferior congenita*, sofern:

- die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens –1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
- eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;

23. Epulis des Neugeborenen;

24. Choanalatresie;

25. Glossoschisis;

26. Makro- und *Microglossia congenita*, sofern Operation der Zunge notwendig ist;

27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;

28.¹⁶⁰ Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);

28a.¹⁶¹ Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinander liegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen (exklusive Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt.

29. Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichert'scher Knorpel);

30. *Haemangioma cavernosum aut tuberosum*;

31. *Lymphangioma congenitum*, sofern Operation notwendig ist;

32. Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien;

33. Histozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwe'sche-Krankheit);

¹⁶⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 2150).

¹⁶¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS 1998 2923). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 2150).

34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (*Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyeliel, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyeliel*);
35. Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedreich'sche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, familiäre Dysautonomie, *Analgesia congenita*);
36. Angeborene Epilepsie;
37. Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch);
38. Kongenitale Paralysen und Paresen;
39. *Ptoxis palpebrae congenita*;
40. Aplasie der Tränenwege;
41. *Anophthalmus*;
42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. *Atresia auris congenita* inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoproteinstoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysare Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffe-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen);
47. Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose, Hypothyreose und Kretinismus);
48. Angeborene Störungen der hypothalamo- hypophysären Funktion (hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus und Prader-Willi-Syndrom, Kallmann-Syndrom);
49. Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (Turner-Syndrom, Missbildungen des Ovars, Anorchie und Klinefelter-Syndrom);
50. Neurofibromatose;
51. *Angiomatosis encephalo-trigeminalis* (Sturge-Weber-Krabbe);
52. Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, *Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum*);
53. Teratome und andere Keimzellentumoren (wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzellentumor, Dottersacktumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom).

6. Kapitel: Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen

Art. 20¹⁶² Grundsatz

Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

Art. 20a¹⁶³ Liste der Mittel und Gegenstände

¹ Die Mittel und Gegenstände sind in Anhang 2 nach Arten und Produktgruppen aufgeführt.

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden oder von Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG¹⁶⁴ im Rahmen ihrer Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwendet werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Die Vergütung wird mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

³ Die Mittel- und Gegenständeliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des BAG publiziert¹⁶⁵. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.^{166 167}

Art. 21¹⁶⁸ Anmeldung

Vorschläge für die Aufnahme von neuen Mitteln und Gegenständen in die Liste sowie für den Umfang der Vergütung sind beim BAG einzureichen. Das BAG prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände.

¹⁶² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

¹⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

¹⁶⁴ SR 832.10

¹⁶⁵ www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

¹⁶⁶ Die Liste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.

¹⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

¹⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3581).

Art. 22 Limitierungen

Die Aufnahme in die Liste kann mit einer Limitierung verbunden werden. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge, die Dauer der Verwendung, die medizinischen Indikationen oder das Alter der Versicherten beziehen.

Art. 23 Anforderungen

Von den in der Liste aufgeführten Arten von Mitteln und Gegenständen dürfen sämtliche Produkte abgegeben werden, welche nach der Gesetzgebung des Bundes oder der Kantone in Verkehr gebracht werden dürfen. Massgebend ist die Gesetzgebung des Kantons, in welchem sich die Abgabestelle befindet.

Art. 24 Vergütung

¹ Die Mittel und Gegenstände werden höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln und Gegenständen angegeben ist.

² Liegt für ein Produkt der von der Abgabestelle in Rechnung gestellte Betrag über dem in der Liste angegebenen Betrag, so geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

³ Die Vergütung kann als Kauf- oder als Mietpreis umschrieben sein. Kostspielige und durch andere Patienten und Patientinnen wieder verwendbare Mittel und Gegenstände werden in der Regel in Miete abgegeben.

⁴ Die Versicherung übernimmt die Kosten nach Anhang 2 nur für Mittel und Gegenstände in gebrauchsfertigem Zustand. Bei Mitteln und Gegenständen, die durch Kauf erworben werden, kann in der Liste eine Vergütung an die Kosten für die notwendige Anpassung und den Unterhalt vorgesehen werden. Bei Miete sind Unterhalts- und Anpassungskosten im Mietpreis inbegriffen.

7. Kapitel: Beitrag an die Kosten von Badekuren sowie an Transport- und Rettungskosten

Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badekuren

Die Versicherung übernimmt während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von 10 Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren.

Art. 26 Beitrag an die Transportkosten

¹ Die Versicherung übernimmt 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen

oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen.

² Der Transport hat in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen.

Art. 27 Beitrag an die Rettungskosten

Die Versicherung übernimmt für Rettungen in der Schweiz 50 Prozent der Rettungskosten. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 5000 Franken übernommen.

8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 28

¹ Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG¹⁶⁹ vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.¹⁷⁰

² Die Analysenliste wird in der AS und in der SR nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des Bundesamtes für Gesundheit publiziert¹⁷¹. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.^{172 173}

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29¹⁷⁴

¹ Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG¹⁷⁵ gehört unter dem Titel Arzneimittelliste mit Tarif (abgekürzt «ALT») als Anhang 4 zu dieser Verordnung.

² Die Arzneimittelliste mit Tarif wird in der AS und in der SR des Bundesrechts nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden.¹⁷⁶

¹⁶⁹ SR **832.10**

¹⁷⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2546).

¹⁷¹ www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL)

¹⁷² Die Liste kann beim BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.

¹⁷³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).

¹⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

¹⁷⁵ SR **832.10**

¹⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

¹ Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:¹⁷⁷

- a.¹⁷⁸ seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;
- b.¹⁷⁹ die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) vorliegt.

2 ...¹⁸⁰

Art. 30a¹⁸¹ Aufnahmegesuch

¹ Ein Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste hat insbesondere zu enthalten:

- a.¹⁸² für Gesuche nach Artikel 31 Absatz 1 Buchstaben a und c: die Voranzeige der Swissmedic mit deren Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen, sowie, falls diese vorliegen, die Zulassungsverfügung und die Zulassungsbescheinigung von Swissmedic sowie die definitive Fachinformation;
- a^{bis}.¹⁸³ für Gesuche nach Artikel 31 Absatz 2: die Zulassungsverfügung und die Zulassungsbescheinigung von Swissmedic sowie die definitive Fachinformation;
- b. die der Swissmedic eingereichte Fachinformation;
- b^{bis}.¹⁸⁴ bei Originalpräparaten mit Patentschutz: die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdaten;
- c.¹⁸⁵ falls das Arzneimittel im Ausland bereits zugelassen ist: die genehmigten Indikationen im Ausland;
- d. die der Swissmedic eingereichte Zusammenfassung der klinischen Dokumentation;

¹⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁸⁰ Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001, mit Wirkung seit 1. Jan. 2002 (AS 2001 3397).

¹⁸¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).
Siehe auch die UeB Änd. 21.3.2012 am Schluss dieses Textes.

¹⁸² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁸³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁸⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1757).

¹⁸⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

- e. die wichtigsten klinischen Studien;
- f.¹⁸⁶ die Fabrikabgabepreise in allen Vergleichsländern nach Artikel 34a^{bis} Absatz 1;
- g.¹⁸⁷ ...

² Zusammen mit der Zulassungsverfügung und der Zulassungsbescheinigung sind die definitive Fachinformation mit Angabe allfälliger Änderungen und der definitive Zielpreis für die Europäische Gemeinschaft nachzureichen.

Art. 31¹⁸⁸ Aufnahmeverfahren

¹ Das BAG entscheidet nach Konsultation der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) über:

- a.¹⁸⁹ Gesuche um Aufnahme von Originalpräparaten in die Spezialitätenliste;
- b. Gesuche um Preiserhöhungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV;
- c. Gesuche und die Folgen von Meldungen nach Artikel 65f KVV.

² Es entscheidet ohne Konsultation der EAK über:

- a.¹⁹⁰ Gesuche um Aufnahme neuer galenischer Formen von bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln, innerhalb der bestehenden Indikationen;
- a^{bis}.¹⁹¹ Gesuche um Aufnahme neuer Packungsgrössen oder Dosisstärken von bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln, innerhalb der bestehenden Indikationen;
- b. Gesuche um Aufnahme von Arzneimitteln, die nach Artikel 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000¹⁹² bei der Swissmedic zweitemgemeldet wurden und deren Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist;
- c. Gesuche um Aufnahme von Co-Marketing-Arzneimitteln, deren Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist.

³ Es kann Aufnahmegesuche nach Absatz 2 der EAK zur Konsultation unterbreiten, wenn die Stellungnahme der EAK von besonderem Interesse ist.

¹⁸⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁸⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, mit Wirkung seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1357).

¹⁸⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

¹⁸⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁹² SR 812.21

⁴ Die EAK gibt dem BAG eine Empfehlung zu den Gesuchen ab, zu denen sie konsultiert wird.

Art. 31a¹⁹³ Beschleunigtes Aufnahmeverfahren

¹ Hat die Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 5 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001¹⁹⁴ bewilligt, so führt das BAG ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren durch.

² Im beschleunigten Aufnahmeverfahren kann die Zulassungsinhaberin ein Gesuch bis 30 Tage vor der Sitzung der EAK, an der es behandelt werden soll, einreichen.

Art. 31b¹⁹⁵ Dauer des Verfahrens zur Aufnahme in die Spezialitätenliste

Sind die Voraussetzungen für das Eintreten auf das Gesuch gemäss Artikel 69 Absatz 4 KVV vor der definitiven Zulassung durch die Swissmedic erfüllt, so entscheidet das BAG in der Regel innert 60 Tagen ab der definitiven Zulassung.

Art. 32¹⁹⁶ Wirksamkeit

Das BAG stützt sich für die Beurteilung der Wirksamkeit auf die Unterlagen, die für die Registrierung durch die Swissmedic massgebend waren. Es kann weitere Unterlagen verlangen.

Art. 33¹⁹⁷ Zweckmässigkeit

¹ Die Zweckmässigkeit eines Arzneimittels in Bezug auf seine Wirkung und Zusammensetzung wird nach klinisch-pharmakologischen und galenischen Erwägungen, nach unerwünschten Wirkungen sowie nach der Gefahr missbräuchlicher Verwendung beurteilt.

² Das BAG stützt sich für die Beurteilung der Zweckmässigkeit auf die Unterlagen, die für die Zulassung durch die Swissmedic massgebend waren. Es kann weitere Unterlagen verlangen.¹⁹⁸

Art. 34¹⁹⁹

¹⁹³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

¹⁹⁴ SR 812.212.21

¹⁹⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

¹⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹⁹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁹⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

Art. 34a²⁰⁰ Aufnahme neuer Packungsgrössen oder Dosisstärken

Bei einem Gesuch nach Artikel 31 Absatz 2 Buchstabe *abis* erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ausschliesslich durch einen therapeutischen Quervergleich mit den bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Packungsgrössen oder Dosisstärken dieses Arzneimittels.

Art. 34a^{bis 201} Auslandpreisvergleich: Referenzländer und Gegenstand des Vergleichs

¹ Die Wirtschaftlichkeit wird aufgrund eines Vergleichs mit den Preisen in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden beurteilt. Der Vergleich kann mit weiteren Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich vorgenommen werden, sofern der Fabrikabgabepreis, der Apothekeneinstandspreis oder der Grosshandelspreis öffentlich zugänglich sind.

² Verglichen wird mit dem gleichen Arzneimittel in den Referenzländern, unabhängig von der Bezeichnung des Arzneimittels im Referenzland, der Zulassungsinhaberin im Referenzland, der Vergütung im Referenzland und unabhängig davon, ob die Schweizer Zulassungsinhaberin einen Einfluss auf den Fabrikabgabepreis im Referenzland hat. Als gleiche Arzneimittel gelten Originalpräparate mit gleichem Wirkstoff und derselben Darreichungsform.

³ Unterschiedliche Indikationen in der Schweiz und in den Referenzländern werden nicht berücksichtigt.

Art. 34b²⁰² Auslandpreisvergleich: Grosshandelsmargen und Herstellerrabatt

¹ Vom Apothekeneinstandspreis oder vom Grosshandelspreis werden beim Auslandpreisvergleich folgende Grosshandelsmargen gemäss Artikel 65b Absatz 3 KVV abgezogen:

- a. Dänemark: 6,5 Prozent des Apothekeneinstandspreises;
- b. Grossbritannien: 12,5 Prozent des Grosshandelspreises;
- c. Niederlande: 6,5 Prozent des Apothekeneinstandspreises;
- d. Finnland: 3 Prozent des Apothekeneinstandspreises;
- e. Schweden: 2,7 Prozent des Apothekeneinstandspreises.

² Vom Fabrikabgabepreis in Deutschland werden beim Auslandpreisvergleich die folgenden Herstellerrabatte gemäss Artikel 65b Absatz 4 KVV abgezogen:

- a. bei Originalpräparaten: 7 Prozent abzüglich der Umsatzsteuer;

²⁰⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Okt. 2015 (AS 2015 4189). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰¹ Ursprünglich: Art. 34a. Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS 2015 1359).

²⁰² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

- b. bei Generika und Originalpräparaten, deren Patentschutz abgelaufen ist: 16 Prozent abzüglich der Umsatzsteuer.²⁰³

³ Kann die ZulassungsinhaberIn belegen, dass die effektive Grosshandelsmarge von der Marge nach Absatz 1 beziehungsweise der effektive Herstellerrabatt vom Herstellerrabatt nach Absatz 2 abweicht, so wird die effektive Grosshandelsmarge beziehungsweise der effektive Herstellerrabatt abgezogen.

Art. 34c²⁰⁴ Auslandpreisvergleich: Berechnung und Meldung des Fabrikabgabepreises der Referenzländer

¹ Die ZulassungsinhaberIn muss dem BAG den Fabrikabgabepreis der Referenzländer mitteilen. Sie muss der Mitteilung eine Bestätigung des Preises durch die ZulassungsinhaberIn des Referenzlandes, eine Behörde oder einen Verband beilegen. Das BAG legt in Weisungen die massgeblichen Informationsquellen fest, falls der Fabrikabgabepreis, der Apothekeneinstandspreis oder der Grosshandelspreis nicht eindeutig bestimmbar ist oder die ZulassungsinhaberIn die Bekanntgabe der Preise an das BAG verweigert.

² Der Fabrikabgabepreis in den Referenzländern wird gestützt auf einen vom BAG ermittelten durchschnittlichen Wechselkurs über zwölf Monate in Schweizerfranken umgerechnet.

Art. 34d²⁰⁵ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Einteilung der Arzneimittel²⁰⁶

¹ Das BAG führt die Überprüfung der Fabrikabgabepreise der Arzneimittel nach Artikel 65d Absatz 1 KVV einmal pro Kalenderjahr durch. Es überprüft dabei Arzneimittel, die sich in der gleichen therapeutischen Gruppe (IT-Gruppe) der Spezialitätenliste befinden, gleichzeitig.

^{1bis} Die IT-Gruppen werden in folgende Einheiten nach Artikel 65d Absatz 1 KVV eingeteilt:

- a. Einheit A:
1. Gastroenterologika (04),
 2. Stoffwechsel (07),
 3. Antidota (15),
 4. Kationenaustauscher (16),
 - 5.²⁰⁷ ...

²⁰³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

²⁰⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359). Siehe auch die UeB Änd. 29.4. Änd. 21.10.2015 und Änd. 1.2.2017 am Ende dieses Textes.

²⁰⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

6. Gastroenterologika Komplementärmedizin (54),
 7. Stoffwechsel Komplementärmedizin (57);
- b. Einheit B:
1. Nervensystem (01),
 2. Nieren und Wasserhaushalt (05),
 3. Blut (06),
 4. Dermatologika (10),
 5. Odontostomatologika (13),
 6. Diagnostika (14),
 7. Nervensystem Komplementärmedizin (51),
 8. Nieren und Wasserhaushalt Komplementärmedizin (55),
 9. Blut Komplementärmedizin (56),
 10. Dermatologika Komplementärmedizin (60);
- c. Einheit C:
1. Herz und Kreislauf (02),
 2. Lunge und Atmung (03),
 3. Infektionskrankheiten (08),
 4. Gynaecologika (09),
 5. Ophthalmologika (11),
 6. Oto-Rhinolaryngologika (12),
 7. Herz und Kreislauf Komplementärmedizin (52),
 8. Lunge und Atmung Komplementärmedizin (53),
 9. Infektionskrankheiten Komplementärmedizin (58),
 10. Gynaecologika Komplementärmedizin (59),
 11. Ophthalmologika Komplementärmedizin (61),
 12. Oto-Rhinolaryngologika Komplementärmedizin (62).²⁰⁸
- ² Von der Überprüfung nach Absatz 1 ausgenommen sind Originalpräparate, die:
- a.²⁰⁹ seit der letzten Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit einer Preisüberprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung oder einer Änderung oder Aufhebung einer Limitierung nach Artikel 65f Absatz 4 KVV unterzogen wurden; das BAG führt die nächste Überprüfung dieser Originalpräparate frühestens im zweiten Jahr nach der letzten Preisüberprüfung durch;
 - b. am 1. Januar des Überprüfungsjahres seit weniger als 13 Monaten in der Spezialitätenliste gelistet sind.

²⁰⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Okt. 2015, in Kraft seit 15. Nov. 2015 (AS 2015 4189). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²⁰⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

Art. 34^{e210} Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
Auslandpreisvergleich

¹ Die Zulassungsinhaberin muss dem BAG bis zum 15. Februar des Überprüfungsjahres die am 1. Januar des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreise aller Referenzländer sowie aktualisierte Daten mit Angabe der gegenüber der vorhergehenden Überprüfung veränderten Informationen zum Arzneimittel bekannt geben.

² Auf Verlangen des BAG muss die Zulassungsinhaberin dem BAG folgende Unterlagen einreichen:

- a. die von einer zeichnungsberechtigten Person im Ausland, einer Behörde oder einem Verband bestätigten, am 1. Januar des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreise aller Referenzländer;
- b. bei der erstmaligen Überprüfung die Anzahl der seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste in der Schweiz verkauften Packungen des Originalpräparates, für sämtliche Handelsformen einzeln ausgewiesen.

³ Für die Ermittlung der Preise nach Absatz 1 muss die Zulassungsinhaberin, die das Originalpräparat vertreibt, dem BAG die umsatzstärkste Packung sämtlicher Handelsformen desselben Wirkstoffs während der letzten zwölf Monate in der Schweiz bekannt geben. Das BAG kann die entsprechenden Umsatzzahlen einfordern.

⁴ ...²¹¹

Art. 34^{f212} Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
therapeutischer Quervergleich

¹ Beim therapeutischen Quervergleich nach Artikel 65b Absatz 2 Buchstabe b KVV werden diejenigen Originalpräparate berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Überprüfung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind und zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden.

² Die Zulassungsinhaberin muss dem BAG bis zum 15. Februar des Überprüfungsjahres das Ergebnis des therapeutischen Quervergleichs mit den am 1. Januar des Überprüfungsjahres gültigen Fabrikabgabepreisen und alle für diesen Vergleich verwendeten Daten bekannt geben.

³ Das BAG berücksichtigt Änderungen der für den therapeutischen Quervergleich notwendigen Daten sowie der gültigen Fabrikabgabepreise der Vergleichspräparate bis zum 1. Juli des Überprüfungsjahres.

²¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359). Siehe auch die UeB der Änd. 29.4.15 und 1.2.2017 am Ende dieses Textes.

²¹¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²¹² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS 2015 1359). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

Art. 34g²¹³ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Generika

Im Zuge der Überprüfung nach Artikel 34d Absatz 1 gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens um die folgenden Prozentsätze tiefer sind als die am 1. Dezember des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreise der entsprechenden Originalpräparate:

- a. 10 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 4 Millionen Franken nicht übersteigt;
- b. 15 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 4 Millionen und 8 Millionen Franken liegt;
- c. 25 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 8 Millionen und 16 Millionen Franken liegt;
- d. 30 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr zwischen 16 Millionen und 25 Millionen Franken liegt;
- e. 35 Prozent, sofern das Schweizer Marktvolumen des Originalpräparates und von dessen Co-Marketing-Arzneimittel und Generika je Handelsform während drei Jahren vor dem Überprüfungsjahr im Durchschnitt pro Jahr 25 Millionen Franken übersteigt.

Art. 34h²¹⁴ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Umfang und Zeitpunkt der Senkung des Fabrikabgabepreises

¹ Ergibt sich aufgrund der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre eine Preissenkung, so wird der ermittelte Senkungssatz auf die Fabrikabgabepreise sämtlicher Handelsformen desselben Wirkstoffes angewendet.

² Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels mit Wirkung per 1. Dezember des Überprüfungsjahres.²¹⁵

²¹³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS **2015** 1359). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²¹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633).

Art. 35²¹⁶

Art. 35a²¹⁷

Art. 35b²¹⁸

Art. 35c²¹⁹

Art. 36 Wirtschaftlichkeitsbeurteilung während der ersten 15 Jahre²²⁰

¹ Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV noch erfüllen.²²¹

² Ergibt die Überprüfung, dass der ersuchte Preis zu hoch ist, lehnt das BAG das Gesuch ab.

³ Die EAK kann dem BAG beantragen, den Innovationszuschlag ganz oder teilweise zu streichen, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr erfüllt sind.²²²

Art. 37²²³ Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

Für die Überprüfung eines Originalpräparates nach Artikel 65e KVV muss die Zulassungsinhaberin dem BAG spätestens sechs Monate vor Ablauf des Patentschutzes unaufgefordert die Preise in allen Referenzländern und die Umsatzzahlen der letzten drei Jahre vor Patentablauf nach Artikel 65c Absätze 2–4 KVV angeben.

²¹⁶ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

²¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS **2000** 3088). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

²¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB Änd. 30.06.2010 am Ende dieses Textes.

²¹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010 (AS **2010** 3249). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).

²²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633).

²²² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357).

²²³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

Art. 37a²²⁴ Indikationserweiterung und Limitierungsänderung: einzureichende Unterlagen

Beantragt die ZulassungsinhaberIn eine Änderung der Limitierung oder meldet sie eine Indikationsänderung eines Originalpräparates nach Artikel 65f KVV, so muss sie für die Überprüfung dem BAG die Unterlagen nach Artikel 30a einreichen.

Art. 37b²²⁵ Indikationseinschränkung

¹ Für die Überprüfung eines Originalpräparates aufgrund einer Einschränkung der Indikation nach Artikel 65g KVV muss die ZulassungsinhaberIn dem BAG einreichen:

- a. die Zulassungsverfügung;
- b. die Zulassungsbescheinigung;
- c. die definitive Fachinformation;
- d. die Unterlagen mit Informationen und klinischen Daten, aufgrund deren die Swissmedic eine Änderung der Zulassung verfügt hat.

² Das BAG kann die EAK über die Einschränkungen einer Indikation informieren und von der ZulassungsinhaberIn weitere Unterlagen einfordern.²²⁶

Art. 37c²²⁷**Art. 37d²²⁸** Umfang und Zeitpunkt der Überprüfungen

¹ Die Überprüfungen nach den Artikeln 37–37c umfassen alle Packungsgrößen, Dosierungen und galenischen Formen des Originalpräparates.

² ...²²⁹

Art. 37e²³⁰ Rückerstattung der Mehreinnahmen

¹ Das BAG prüft zu folgenden Zeitpunkten, ob Mehreinnahmen nach Artikel 67a KVV erzielt wurden:

²²⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633).

²²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

²²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633).

²²⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Sept. 2007, mit Wirkung seit 1. Okt. 2007 (AS **2007** 4443 4633).

²²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).

²²⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

²³⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

- a. bei der erstmaligen Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 34d–34f und 34h;
- b. nach Beendigung eines Beschwerdeverfahrens;
- c. zwei Jahre nach einer Indikationserweiterung oder einer Limitierungsänderung, infolge deren der Fabrikabgabepreis gemäss Artikel 65f Absatz 2 erster Satz KVV gesenkt wurde.

² Zur Ermittlung der Mehreinnahmen werden sämtliche betroffenen Handelsformen eines Arzneimittels herangezogen.

³ Bei den Überprüfungen nach Absatz 1 Buchstaben a und b werden die Mehreinnahmen wie folgt berechnet:

- a. Zuerst wird die Preisdifferenz zwischen dem Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme beziehungsweise dem Fabrikabgabepreis während des Beschwerdeverfahrens und demjenigen nach der Preissenkung ermittelt.
- b. Danach wird diese Preisdifferenz multipliziert mit der Anzahl der seit der Aufnahme bis zur Preissenkung beziehungsweise während der Dauer des Beschwerdeverfahrens verkauften Packungen.

⁴ Bei der Überprüfung nach Absatz 1 Buchstabe c werden die Mehreinnahmen aufgrund der Anzahl verkaufter Packungen des Arzneimittels berechnet. Übersteigt die Anzahl verkaufter Packungen die von der Zulassungsinhaberin nach Artikel 65f Absatz 2 erster Satz KVV angegebene voraussichtliche Mengenausweitung, so sind die Mehreinnahmen 35 Prozent des Resultats der folgenden Berechnung:

- a. Zuerst wird für jede Packung die Differenz zwischen der tatsächlichen Anzahl und der geschätzten Anzahl Packungen berechnet.
- b. Danach wird diese Differenz für jede Packung multipliziert mit dem vor der Preissenkung nach Artikel 65f Absatz 2 erster Satz KVV geltenden Fabrikabgabepreis der Packung.
- c. Schliesslich werden die daraus resultierenden Beträge summiert.

⁵ Massgebend für die Berechnung der Mehreinnahmen bei der Überprüfung nach Absatz 1 Buchstabe a sind die Wechselkurse zum Zeitpunkt der Aufnahme des Präparates.

⁶ Hat das BAG begründete Zweifel an der Richtigkeit der von der Zulassungsinhaberin gemachten Angaben, so kann es von ihr für das betroffene Arzneimittel eine Bestätigung dieser Angaben durch ihre externe Revisionsstelle verlangen.

⁷ Senkt die Zulassungsinhaberin vor dem 1. Dezember des Überprüfungsjahres den Fabrikabgabepreis ihres Originalpräparates freiwillig auf den nach Artikel 65b KVV ermittelten Fabrikabgabepreis, so hat sie dem BAG die Fabrikabgabepreise der Referenzländer zum Zeitpunkt des Antrags auf freiwillige Preissenkung einzureichen. Erfolgt diese Senkung innerhalb der ersten 18 Monate seit der Aufnahme des Originalpräparates in die Spezialitätenliste, so ist die Zulassungsinhaberin nicht

zur Rückerstattung der Mehreinnahmen nach Artikel 67a Absatz 1 KVV verpflichtet.²³¹

⁸ Das BAG legt in der Rückerstattungsverfügung die Höhe der Mehreinnahmen und die Frist fest, innert deren sie der gemeinsamen Einrichtung zu bezahlen sind.

Art. 38²³² Vertriebsanteil

¹ Der preisbezogene Zuschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt bei einem Fabrikabgabepreis:

- a. bis Fr. 879.99: 12 %
- b. ab Fr. 880.– bis Fr. 2569.99: 7 %
- c. ab Fr. 2570.–: 0 %

² Der Zuschlag je Packung für verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt bei einem Fabrikabgabepreis:

- a. bis Fr. 4.99: Fr. 4.–
- b. ab Fr. 5.– bis Fr. 10.99: Fr. 8.–
- c. ab Fr. 11.– bis Fr. 14.99: Fr. 12.–
- d. ab Fr. 15.– bis Fr. 879.99: Fr. 16.–
- e. ab Fr. 880.– bis Fr. 2569.99: Fr. 60.–
- f. ab Fr. 2570.–: Fr. 240.–

³ Der preisbezogene Zuschlag für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt 80 Prozent des Fabrikabgabepreises.

⁴ Der Vertriebsanteil wird für alle Leistungserbringer gleich bemessen. Das BAG kann besondere Vertriebsverhältnisse berücksichtigen.

4. Abschnitt:²³³ Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Art. 38a²³⁴

¹ Für Arzneimittel, deren Fabrikabgabepreis den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste um mindestens 10 Prozent übersteigt, beträgt der Selbstbehalt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.

²³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²³² Ursprünglich: Art. 35a. Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS 2000 3088). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

²³³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Nov. 2005 (AS 2006 23). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 657).

²³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

² Massgebend für die Berechnung des günstigsten durchschnittlichen Drittels ist der Fabrikabgabepreis der umsatzstärksten Packung pro Dosisstärke einer Handelsform aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste. Nicht berücksichtigt werden dabei Packungen, die über einen Zeitraum von drei aufeinanderfolgenden Monaten vor der Festlegung des durchschnittlichen günstigsten Drittels der Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung keine Umsätze aufweisen.

³ Die Festlegung des günstigsten durchschnittlichen Drittels erfolgt auf den 1. Dezember oder nach Aufnahme des ersten Generikums in die Spezialitätenliste.

⁴ Senkt die Zulassungsinhaberin eines Arzneimittels den Fabrikabgabepreis so unter den Durchschnitt der Fabrikabgabepreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung, dass ein Selbstbehalt von 10 Prozent zur Anwendung kommt, so sind sämtliche Packungen pro Dosisstärke einer Handelsform um denselben Senkungssatz zu senken.

⁵ Senkt die Zulassungsinhaberin für ein Originalpräparat oder ein Co-Marketing-Arzneimittel nach Patentablauf den Fabrikabgabepreis für sämtliche Packungen in einem Schritt auf das Generikapreinsniveau nach Artikel 65c Absatz 2 KVV, so gilt für dieses Arzneimittel in den ersten 24 Monaten seit dieser Preissenkung ein Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.

⁶ Verschreibt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat oder lehnt der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ab, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

⁷ Der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin sowie der Apotheker oder die Apothekerin informieren den Patienten oder die Patientin, wenn in der Spezialitätenliste mindestens ein mit dem Originalpräparat austauschbares Generikum aufgeführt ist.

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung

1. Kapitel: ...

Art. 39²³⁵

²³⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, mit Wirkung seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik

Art. 40²³⁶

Die nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannten Schulen für Chiropraktik werden in Artikel 1 der Verordnung des EDI vom 20. August 2007²³⁷ über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen bestimmt.

3. Kapitel: ...

Art. 41²³⁸

4. Kapitel: Laboratorien

Art. 42 Aus- und Weiterbildung

¹ Als Hochschulausbildung im Sinne von Artikel 54 Absätze 2 und 3 Buchstabe a KVV gilt ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Chemie, Biochemie, Biologie oder Mikrobiologie.

² Als höhere Fachausbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 2 KVV gilt:

- a. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. medizinische Laborantin mit höherer Fachausbildung SRK» oder «Dipl. medizinischer Laborant mit höherer Fachausbildung SRK»;
- b. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. biomedizinische Analytikerin HF mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK» oder «Dipl. biomedizinischer Analytiker mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK»;
- c. ein Äquivalenzattest für Cheflaborantinnen und Cheflaboranten des Schweizerischen Roten Kreuzes;
- d. ein eidgenössisches Diplom «Expertin in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder «Experte in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder ein als gleichwertig anerkanntes Diplom.²³⁹

²³⁶ Fassung gemäss Art. 2 der V des EDI vom 20. Aug. 2007 über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS 2007 4085).

²³⁷ SR 811.115.4

²³⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999, mit Wirkung seit 1. Jan. 2000 (AS 1999 2517).

²³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

³ Als Weiterbildungstitel im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt ein Weiterbildungstitel in Labormedizin in den Fachgebieten Hämatologie, klinische Chemie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie.²⁴⁰

⁴ ...²⁴¹

Art. 43²⁴² Weitergehende Anforderungen im Bereich der medizinischen Genetik

¹ Die Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen nur in Laboratorien durchgeführt werden:

- a. deren Leiterin oder Leiter sich über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin im Fachgebiet medizinische Genetik (Genetik des Menschen mit Ausrichtung auf Gesundheit und Krankheit) nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV ausweist;
- b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung nach Artikel 8 GUMG²⁴³ verfügen.

² Einzelne Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen auch in Laboratorien durchgeführt werden:

- a. deren Leiterin oder Leiter sich über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV in den Fachgebieten Hämatologie, klinische Chemie oder klinische Immunologie ausweist;
- b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung nach Artikel 8 GUMG verfügen.

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965²⁴⁴ über die Krankenversicherung betreffend die Beiträge der Versicherungsträger an die Kosten der zur Erkennung und Behandlung der Tuberkulose notwendigen Massnahmen;
- b. die Verordnung 3 des EDI vom 5. Mai 1965²⁴⁵ über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;

²⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

²⁴¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 4. April 2007, mit Wirkung seit 1. April 2007 (AS 2007 1367).

²⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

²⁴³ SR 810.12

²⁴⁴ [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

²⁴⁵ [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965²⁴⁶ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965²⁴⁷ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965²⁴⁸ über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985²⁴⁹ über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;
- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990²⁵⁰ über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968²⁵¹ über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;
- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989²⁵² über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988²⁵³ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45²⁵⁴**Art. 46** Inkrafttreten²⁵⁵

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

² ...²⁵⁶

²⁴⁶ [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

²⁴⁷ [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

²⁴⁸ [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

²⁴⁹ [AS 1986 87]

²⁵⁰ [AS 1991 519, 1995 891]

²⁵¹ [AS 1968 1496, 1986 1487]

²⁵² [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

²⁵³ [AS 1989 374, 1995 750 3688]

²⁵⁴ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

²⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

²⁵⁶ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996, mit Wirkung seit 1. Mai 1996 (AS 1996 909).

3 ...²⁵⁷

Schlussbestimmung der Änderung vom 17. November 2003²⁵⁸

Laboratorien, deren Leiter oder Leiterin sich über eine von der FAMH anerkannte Weiterbildung ohne Einschluss der medizinischen Genetik ausweist und die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnungsänderung bereits Analysen nach Artikel 43 Absatz 2 durchgeführt haben, können diese weiterhin durchführen, sofern der Leiter oder die Leiterin über eine Bestätigung der FAMH über Erfahrung in medizinischer Genetik nach Punkt 8.4 der Übergangsbestimmungen des Reglements und Weiterbildungsprogramms zum Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH in der Fassung vom 1. März 2001 (Zusatz «inkl. DNS/RNS-Diagnostik») verfügt²⁵⁹.

Schlussbestimmung der Änderung vom 12. Dezember 2005²⁶⁰

Die Versicherer setzen die in Artikel 38a vorgesehene Selbstbehaltsregelung bis spätestens zum 1. April 2006 um.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Juli 2006²⁶¹

¹ Für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. September 2006 erfolgt die Kostenübernahme für die Positron-Emissions-Tomographie (PET) gemäss Anhang 1 Ziffer 9.2 der Fassung vom 9. November 2005^{262,263}

2 ...²⁶⁴

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 4. April 2007²⁶⁵

¹ Laborleiter und Laborleiterinnen, die die Anforderungen nach Artikel 42 Absatz 3 nicht erfüllen und bereits nach bisherigem Recht für die Durchführung von bestimmten Spezialanalysen zugelassen waren, bleiben nach Inkrafttreten der Änderung vom 4. April 2007 weiterhin zugelassen.

² Für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 4. April 2007 hängigen Gesuche wird das bisherige Recht angewendet.

²⁵⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, mit Wirkung seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

²⁵⁸ AS 2003 5283

²⁵⁹ In der AS nicht veröffentlicht. Das Reglement kann beim Bundesamt für Gesundheit eingesehen werden.

²⁶⁰ AS 2006 21

²⁶¹ AS 2006 2957

²⁶² AS 2006 23

²⁶³ In Kraft seit 1. Juli 2006.

²⁶⁴ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

²⁶⁵ AS 2007 1367

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 21. September 2007²⁶⁶

¹ Das BAG überprüft die Fabrikabgabepreise der Originalpräparate, die zwischen dem 1. Januar 1993 und dem 31. Dezember 2002 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, und der entsprechenden Generika.

² Das Unternehmen, das ein zu überprüfendes Originalpräparat vertreibt, ermittelt die Fabrikabgabepreise der in der Schweiz meistverkauften Packung in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien und den Niederlanden aufgrund von Regelungen der entsprechenden Behörden oder Verbände. Es lässt diese Fabrikabgabepreise von einer zeichnungsberechtigten Person der jeweiligen Länderniederlassung bestätigen. Das Unternehmen, welches das entsprechende Generikum vertreibt, muss dem BAG keinen Preisvergleich einreichen.

³ Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Oktober 2007 gültigen Fabrikabgabepreise bis zum 30. November 2007 mitteilen. Das BAG ermittelt den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis anhand der geltenden Preise in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien und den Niederlanden sowie den durchschnittlichen Wechselkurs der Monate April bis September 2007 und rechnet diesen Preis in Schweizer Franken um.

⁴ Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung ab 1. März 2008 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, wenn:

- a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2007 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 8 Prozent übersteigt;
- b. das Unternehmen bis zum 30. November 2007 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2008 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 8 Prozent übersteigt.

⁵ Die Preissenkung nach Absatz 4 kann stufenweise erfolgen. Beträgt die Preissenkung nach Absatz 4 mehr als 30 Prozent des Ausgangswertes, so wird der Preis auf den 1. März 2008 auf 70 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2009 auf den nach Absatz 3 ermittelten durchschnittlichen Fabrikabgabepreis gesenkt. Beträgt die Preissenkung auf Gesuch nach Absatz 4 Buchstabe b mehr als 20 Prozent des Ausgangswertes, so kann das Unternehmen beantragen, den Preis auf den 1. März 2008 auf 80 Prozent des Ausgangswertes und auf den 1. Januar 2009 auf das nach Absatz 4 Buchstabe b notwendige Preisniveau zu senken.

⁶ Setzt das BAG den Preis eines Originalpräparates aufgrund der Überprüfung neu fest, so passt es auch die Preise der entsprechenden Generika nach den geltenden Bestimmungen an.

²⁶⁶ AS 2007 4443

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. Juni 2010²⁶⁷

¹ Die erste Überprüfung der nach Artikel 35b Absatz 1 vorgegebenen Jahrgänge wird im Jahr 2012 durchgeführt.

² Das BAG überprüft im Jahr 2010 die Fabrikabgabepreise der in der Spezialitätenliste aufgeführten Originalpräparate mit Aufnahmedatum 2007 und im Jahr 2011 die Fabrikabgabepreise der in der Spezialitätenliste aufgeführten Originalpräparate mit Aufnahmedatum 2008 daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Das Unternehmen, welches das Originalpräparat vertreibt, muss dem BAG die am 1. Juli gültigen Fabrikabgabepreise der sechs Referenzländer nach Artikel 35 Absatz 2 bis zum 31. August mitteilen. Eine allfällige Preissenkung gilt per 1. November 2010, beziehungsweise per 1. November 2011. Im Übrigen ist Artikel 35b massgebend.

³ Bei der Überprüfung derjenigen Originalpräparate, die im Jahr 2007 und 2008 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, findet für die Rückerstattung der Mehreinnahmen Artikel 35c Absatz 6 keine Anwendung.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 2. Februar 2011²⁶⁸

¹ In Abweichung von Artikel 38a Absatz 3 erfolgt die Festlegung des günstigsten durchschnittlichen Drittels im Jahr 2011 nur auf den 1. Juli und im Jahr 2012 auf den 1. Januar und auf den 1. November.

² Bei allen Originalpräparaten und Co-Marketing-Arzneimitteln, deren Fabrikabgabepreise nach Patentablauf in einem Schritt vor dem 1. Juli 2009 auf das bei Patentablauf geltende Generikapreisniveau gesenkt wurden, wird der Selbstbehalt per 1. Juli 2011 nach Artikel 38a Absatz 1 festgelegt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2012²⁶⁹

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015²⁷⁰

¹ Im Jahr 2016 findet keine Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 34d–34h statt.²⁷¹

² Die Bestimmungen der Änderung vom 29. April 2015 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

³ Die Rückerstattung von Mehreinnahmen bei Arzneimitteln, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen und bis dahin noch nicht nach Artikel 65d KVV überprüft wurden, wird bei der nächsten

²⁶⁷ AS 2010 3249

²⁶⁸ AS 2011 657

²⁶⁹ Anwendbar vom 1. Mai 2012 bis zum 31. Dez. 2014 (AS 2012 1769 Ziff. III Abs. 2).

²⁷⁰ AS 2015 1359

²⁷¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2016, in Kraft seit 1. Mai 2016 (AS 2016 1177).

Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 35c in der bisherigen Fassung beurteilt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Oktober 2015²⁷²

1 ...²⁷³

² Für die Rückerstattung von Mehreinnahmen bei Arzneimitteln, die vor dem 1. Juni 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, gilt Absatz 3 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. April 2015.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017²⁷⁴

¹ Die Bestimmungen der Änderung vom 1. Februar 2017 gelten auch für Gesuche, die beim Inkrafttreten dieser Änderung beim BAG hängig sind.

² Die erste Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 34d wird für die Einheit A im Jahr 2017, für die Einheit B im Jahr 2018 und für die Einheit C im Jahr 2019 durchgeführt.

³ Im Jahr 2017 muss die Zulassungsinhaberin dem BAG die Ergebnisse des Auslandspreisvergleichs nach Artikel 34e Absatz 1 und des therapeutischen Quervergleichs nach Artikel 34f Absatz 2 und alle für diese Vergleiche verwendeten Daten bis zum 31. März 2017 bekannt geben.

⁴ Im Jahr 2017 sind Preiserhöhungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV ausgeschlossen. Das BAG kann ausnahmsweise Preiserhöhungen gewähren, wenn die Versorgung der Schweizer Bevölkerung sichergestellt werden muss und therapeutische Alternativen fehlen.

²⁷² AS 2015 4189

²⁷³ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2016, mit Wirkung seit 1. Mai 2016 (AS 2016 1177).

²⁷⁴ AS 2017 633

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

Dieser Anhang stützt sich auf Artikel 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung. Er enthält keine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Er enthält:

- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit durch die Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurde und deren Kosten demgemäss übernommen, allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder gar nicht übernommen werden;
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden;
- besonders kostspielige oder schwierige Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von hierfür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

²⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 9. Nov. 2005 (AS **2006** 23). Bereinigt gemäss Ziff. II der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS **2006** 5769), vom 28. Juni 2007 (AS **2007** 3581), vom 21. Nov. 2007 (AS **2007** 6839), vom 26. Juni 2008 (AS **2008** 3553), vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493), vom 5. Juni 2009 (AS **2009** 2821), vom 27. Okt. 2009 (AS **2009** 6083), vom 14. Juni 2010 (AS **2010** 2755), Ziff. II der V des EDI vom 16. Aug. 2010 (AS **2010** 3559), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 2. Dez. 2010 (AS **2010** 5837), vom 31. Mai 2011 (AS **2011** 2669), vom 5. Dez. 2011 (AS **2011** 6487), vom 12. Juni 2012 (AS **2012** 3553), vom 15. Nov. 2012 (AS **2012** 6587), vom 10. Juni 2013 (AS **2013** 1925), vom 6. Dez. 2013 (AS **2013** 5329), vom 16. Mai 2014 (AS **2014** 1251), vom 20. Nov. 2014 (AS **2014** 4393), vom 17. Juni 2015 (AS **2015** 2197), vom 27. Nov. 2015 (AS **2015** 5125), vom 20. Juni 2016 (AS **2016** 2537), vom 25. Nov. 2016 (AS **2016** 4639), der Berichtigung vom 10. Jan. 2017 (AS **2017** 71), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 2. Juni 2017 (AS **2017** 3487), Ziff. II der V des EDI vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS **2017** 3689) und der Berichtigung vom 3. Aug. 2017 (AS **2017** 3881).

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Allgemein
 - 1.2 Transplantationschirurgie
 - 1.3 Orthopädie, Traumatologie
 - 1.4 Urologie und Proktologie
- 2 Innere Medizin
 - 2.1 Allgemein
 - 2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin
 - 2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie
 - 2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie
 - 2.5 Krebsbehandlung
- 3 Gynäkologie, Geburtshilfe
- 4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie
- 5 Dermatologie
- 6 Ophthalmologie
- 7 Oto-Rhino-Laryngologie
- 8 Psychiatrie
- 9 Radiologie
 - 9.1 Röntgendiagnostik
 - 9.2 Andere bildgebende Verfahren
 - 9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie
- 10 Komplementärmedizin
- 11 Rehabilitation

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.9.1967
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagnenden Herzen	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: – schwer verkalkte Aorta – Nierenversagen – chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen – hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: – tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (> 1,5 mm) Gefässe – peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	1.1.2002
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.	23.08.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Operative Reduktion der gesunden Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung	1.1.2015
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 25. September 2013 ²⁷⁶ zur operativen Behandlung von Übergewicht.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014

276 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 25. September 2013 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrative Richtlinien der SMOB vom 25. September 2013 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.	
		Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.7.2013
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung aller möglicher Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 ²⁷⁷ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 ²⁷⁸ .	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
		Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, sofern sie am Swiss-Transplant-Register teilnehmen.	1.1.2003
Herz-Lungentransplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994

277 SR 810.21

278 SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Lebertrans- plantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr).	31.8.1989/ 1.3.1995
Lebend-Leber- transplantation	Ja	Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplanta- tion	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.1.2003
Pankreas- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Isolierte Pankreastrans- plantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simultane Insel- und Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Insel- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Isolierte Allo- transplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Auto- transplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarm- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, <i>lege artis</i> durchgeführter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011 ²⁷⁹ . Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und posttraumatischer Defekte		Betrifft nicht die postoperative Rekonstruktion der Mamma. Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.8.2016
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h. wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgym-	16.1.1969

²⁷⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Versicherung.	
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Extrakorporale Stoss- wellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Radiale Stosswellen- therapie	Nein		1.1.2004
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosa- ikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen- Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm ² Ausdehnung Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2002/ 1.1.2017
Autologe Chondro- zytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26.10.2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 bis 31.12.2019
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004²⁸⁰.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	
Plättchen-Gel bei Knie- Totalprothese	Nein		1.1.2006
Kollagen-Meniskus- Implantat	Nein		1.8.2008
Laser-Menisectomy	Nein		1.1.2006
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Mes- sung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		3.12.1981/ 1.1.2012
Extrakorporale Stosswellenlithotripsy (ESWL), Nierenstein- zertrümmerung	Ja	<p>Indikationen: ESWL eignet sich:</p> <ol style="list-style-type: none"> bei Harnsteinen des Nierenbeckens, bei Harnsteinen des Nierenkelches, bei Harnsteinen des Ureters, <p>fällt die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird.</p> <p>Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).</p>	22.8.1985/ 1.8.2006
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			

²⁸⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskulari- sationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz.	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993
Embolisationsbehand- lung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Hochenergie Trans- urethrale Mikro- wellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. An einer anerkannten Institution mit urodyna- mischer Abteilung zur vollständigen urodyna- mischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. An einer anerkannten Institution mit Manomet- rier-Abteilung zur vollständigen manometri- schen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirur- gischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.1.2003/ 1.1.2008
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic	Nein		1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz			
Behandlung von Blasenspeicherstörung durch cystoskopische Injektion von Botuli- numtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieop- tionen. Bei folgenden Indikationen: – Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie durchgeführt wird – idiopathische hyperaktive Blase bei Erwach- senen, sofern die Behandlung durch Fachärz- te und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwer- punkt Urogynäkologie durchgeführt wird	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.8.2007
Hoch intensiver fokus- sierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein		1.7.2009
Transurethrale photose- lektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostataobstruktions- syndrom.	1.7.2011
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions- therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei – chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – akuter Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis – diabetischem Fussyndrom im Stadium $\geq 2B$ nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation – Dekompressionskrankheit, sofern der Un- fallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung im Ausland, wenn der Transport zur näch- sten hyperbaren Druckkammer innerhalb der Schweiz nicht schnell und schonend genug gewährleistet werden kann. In den Zentren gemäss dem «Merkblatt für Rettungsdiens- te» von Divers Alert Network (DAN) und REGA. ²⁸¹	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011 1.1.2006/ 1.7.2011
	Nein	– akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2016

²⁸¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr	7.3.1974
		– bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	
– durch Amphetamin-derivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	Nein		7.3.1974
– durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ja	Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause» ²⁸² vom Januar 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen:	27.8.1987/ 1.1.2000
		– Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin.	
		– Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden.	
		– Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung.	
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe			1.1.1997

²⁸² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Plasmapherese	Ja	Indikationen: – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: – myastenia gravis – trombotisch trombozytopenische Purpura – immunhämolytische Anämie – Leukämie – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom. – akute Vergiftungen – familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	25.8.1988
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	25.8.1988/ 1.1.2005
		Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	1.1.2007
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
		Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5. Ausgabe vom März 2012 ²⁸³ .	
		Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 ²⁸⁴ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 ²⁸⁵ .	
		Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	

²⁸³ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁸⁴ SR **810.21**

²⁸⁵ SR **810.211**

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab	
– autolog	Ja	– bei Lymphomen	1.1.1997/	
		– bei akuter lymphatischer Leukämie	1.1.2013	
		– bei akuter myeloischer Leukämie		
		– beim multiplen Myelom		
		– beim Neuroblastom		
		– beim Medulloblastom		
			– beim Keimzelltumor.	
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien:	1.1.2002/	
		– bei myelodysplastischen Syndromen	1.1.2008/	
		– bei der chronisch myeloischen Leukämie	1.1.2013	
	– beim Ewing-Sarkom	bis		
	– bei Weichteilsarkomen	31.12.2017		
	– beim Wilms-Tumor			
	– beim Rhabdomyosarkom.			
Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multi-	1.1.2002/		
	zenterstudien:	1.1.2008/		
	– bei Autoimmunerkrankungen.	1.1.2013		
	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere	bis		
	Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück-	31.12.2017		
	licher Bewilligung			
	des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.			
	Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder			
	bei Progression der Erkrankung.			
Nein	– im Rückfall einer akuten myeloischen	1.1.1997/		
	Leukämie	1.1.2008/		
	– im Rückfall einer akuten lymphatischen	1.1.2013		
	Leukämie			
	– beim Mammakarzinom			
	– beim kleinzelligen Bronchuskarzinom			
	– bei kongenitalen Erkrankungen			
	– beim Ovarialkarzinom			
	– bei seltenen soliden Tumoren			
	im Kindesalter.			
– allogene	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie	1.1.1997/	
		– bei akuter lymphatischer Leukämie	1.1.2013	
		– bei der chronischen myeloischen		
		Leukämie		
		– beim myelodysplastischen		
		Syndrom		
		– bei der aplastischen Anämie		
		– bei Immundefekten und		
	Inborn errors			
	– bei der Thalassämie und der			
Sichelzellanämie (HLA-identisches Ge-				
schwister als Spender)				
– beim multiplen Myelom				
– bei lymphatischen Krankheiten				
(Hodgkin's, Non-Hodgkin's,				
chronisch lymphatische Leukämie).				
Ja	Im Rahmen von klinischen Studien:	1.1.2002/		
	– beim Nierenzellkarzinom.	1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017		

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multi- zenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Nein	– beim Mammakarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
Gallensteinzertrüm- merung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächt- liche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen Indikationsstellung und Durchführung in Zen- tren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durch- führung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁸⁶ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chro- nobiology» (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anfor- derungen erfüllen. Wenn die Indikationsstellung oder die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt wird, ist vorgängig die Zustimmung des Ver- trauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuho- len.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997

²⁸⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: <ul style="list-style-type: none"> – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁸⁷ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015 ²⁸⁸ erfüllen. Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL zertifiziert sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Wird die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997

²⁸⁷ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁸⁸ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur 1.7.2017 Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²⁸⁹ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur 1.7.2017 Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²⁹⁰ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Aktigraphie	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur 1.7.2017 Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²⁹¹ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.7.2002

²⁸⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellularen Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellularen Karzinomen.	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit leichter aktinischer Keratose	1.1.2014
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Koloskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2004/ 1.1.2006
Extrakorporelle Photo- pherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Ja	In Evaluation Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.	1.1.2009/ 1.8.2016 bis 31.12.2019
2.2 Herz- und Kreislaufkrankungen, Intensivmedizin			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	13.5.1976
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja	Gemäss den «Richtlinien zur Therapie von Herzrhythmusstörungen mit Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren und perkutaner Katheterablation» der Arbeitsgruppe «Herzschrittmacher und Elektrophysiologie» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000 ²⁹² .	1.1.2001

²⁹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		12.05.1977
Telemedizin bei kardio-logischen rhythmologischen Implantaten			1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.1.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurffrac-tion $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: – In-Stent-Restenosen – Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.7.2012
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %–15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Ja	In Evaluation. Bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen,	1.7.2013 bis 30.6.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		unter folgenden (kumulativen) Voraussetzungen: 1. Das TAVI-Verfahren muss gemäss den europäischen Richtlinien «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)» ²⁹³ durchgeführt werden. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens ein Facharzt oder eine Fachärztin für interventionelle Kardiologie, der/die für TAVI-Eingriffe ausgebildet ist, für nicht interventionelle Kardiologie, für Herzchirurgie und für Anästhesie angehören. 4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung. Behandlung schwerer Dystonien mit ungenügender Symptomkontrolle durch medikamentöse Therapie.	1.3.1995/ 1.7.2011

²⁹³ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die notwendige Infrastruktur verfügen (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie).	
Elektrische Neuromodulation der Beckenerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparoskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.7.2013/ 1.7.2014
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.7.2002
Fokussierte Ultraschall-Ja-therapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus		In Evaluation Zur Behandlung von: – Tremor bei etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien) – etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung – Behandlung schwerer chronischer therapieresistenter neuropathischer Schmerzen Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015 bis 30.6.2020

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	<p>Wendet der Patient oder die Patientin selber den 23.8.1984 TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben – Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen – Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischi-algieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunnelloperation 	
Periphere Nervenstimulation der Okzipitalnerven	Ja	Bei therapierefraktärer chronischer Migräne gemäss den Diagnosekriterien der International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1). ²⁹⁴	1.7.2014
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektro-neuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999

²⁹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: – Nachweis des Vorliegens einer «Herd- epilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapieresistenz – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diag- nostische Infrastruktur, insbesondere Elekt- rophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungs- möglichkeiten verfügt	1.1.1996/ 1.8.2006
Palliative Chirurgie der Ja Epilepsie durch: – Balken- durchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Mo- rell-Whisler – Vagusstimulation		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird. Abklärung und Durchführung an einem Epilep- siezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Laser-Diskushernien- operation; Laser- Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektro- thermale Therapie	Nein		1.1.2004
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbal- en intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Denervation der Facet- tengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskus- hernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spon- dylogenen oder radikulären Schmerzen, be- dingt durch klinisch und radiologisch nach- gewiesene instabile, degenerative Pathologi- en der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylo- dese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal zwei Segmenten – keine primäre segmentale Kyphose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Prothesen der lum- balen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal zwei Segmen- ten – Keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindika- tionen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Interspinöse dynami- sche Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyper- pressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neuro- chirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Vertrauensärztin einzuholen.	
Posteriore pedikel- schraubenbasierte dynamische Stabilisie- rung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erforderlich. – Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
Allgemeinarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Ein- griffen (inkl. zahnme- dizinischen Eingriffen)	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	1.7.2010
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)			1.7.2011/ 1.7.2012
<i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künst- lichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001
2.5 <i>Krebsbehandlung</i>			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit – Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); – Fernmetastasen	1.1.2001
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.8.2007
Low-dose-rate-Brachytherapie	Ja	Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn-Ablflussstörungen. Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigen-Test beim Mammakarzinom (Breast Cancer Assay)	Ja	In Evaluation Indikation: Primäres, invasives Mammakarzinom mit folgenden Eigenschaften: – Der Östrogenrezeptor ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor2-Rezeptor ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loco-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde erlauben keine eindeutige adjuvante Chemotherapie-Entscheidung. Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie. Bei Durchführung des labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG ²⁹⁵ oder ISO 15189 /17025 ²⁹⁶ entsprechen.	1.1.2011/ 1.1.2015 bis 31.12.2017
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in Ja der Geburtshilfe und Gynäkologie		Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV 23.3.1972/ für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	1.1.1997
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.1.2001
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.1994
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer Sterilisation: – bei der Frau	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	11.12.1980

²⁹⁵ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹⁶ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.1.1993
Laser bei Cervix-Carcinom in situ	Ja		1.1.1993
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause.	1.1.1998
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.1.1996/ 1.8.2008
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden Thin-Prep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12e Bst. b KLV)	Nein		1.7.2002/ 1.8.2008
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Konsensusstatements der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) und der Arbeitsgruppe «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ²⁹⁷ .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	– Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 27.7.2004 mit dem Titel «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz» ²⁹⁸ – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen.	1.1.2004/ 1.1.2005

²⁹⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Ambulante multi-professionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikation: <ol style="list-style-type: none"> a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006²⁹⁹ und No. 1/2011 vom 4. März 2011³⁰⁰. 2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007³⁰¹. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. 3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren. 	<p>1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014</p>
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014

²⁹⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<p>1. Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 und No. 1/2011 vom 4. März 2011.</p> <p>2. Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapie-sitzungen, b. Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Thera-piedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität, c. Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung. <p>3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multipro-fessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgege-benen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007³⁰². Bei ärztlich geleiteten Pro-grammen, die durch die gemeinsame Kom-mission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraus-setzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsa-men Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustim-mung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärz-tin einzuholen.</p>	1.1.2014

³⁰² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Spiel- und Malthherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch-geführt.	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonografie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008
Stationäre wohnort-ferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
– Aknenarben	Nein		1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.7.2009

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1.7.2011 ³⁰³ . Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.7.2011
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.7.2013
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993

³⁰³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea- Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makula- degeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2006
	Ja	Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2008
Dilatation bei Tränen- kanalstenose mit Laci-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation von Tränen- gangstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	– Unter Durchleuchtungskontrolle – Mit oder ohne Stent-Einlage – Ausführung durch interventionelle Radiologen oder Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung.	1.1.2006/ 1.1.2008
Scanning-Laser- Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff – Indikationsstellung für Behandlungen der Retina Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.	1.1.2004/ 1.8.2008
UV-Crosslinking der Hornhaut bei Kerato- konus	Nein		1.8.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Keratokonusbearbeitung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht. Durchführung an A-, B- und C-Zentren/ Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.8.2007
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2010
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschall-vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psycho-phonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Lasieranwendung bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen. In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspitaler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996/ 1.1.2015

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantation des Mittel-Ohrimplantat-systems Typ «Vibrant Soundbridge» zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.1.2005
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelstein-lithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: a. bei der methadon-, buprenorphin- und morphin-retard-gestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Juli 2013 ³⁰⁴ ; b. bei der heroingestützten Behandlung: Bestimmungen der Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (SR 812.121.6) sowie Richtlinien und Empfehlungen des Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information» vom September 2000 ³⁰⁵ . 2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein. 3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: a. ärztliche Leistungen: – Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Soma-tostatus mit besonderem Augenmerk	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012 1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014

³⁰⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>auf suchtbedingte und der Sucht zugrunde liegende Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen) - Erstellen der Diagnose und der Indikation - Erstellen eines Behandlungsplanes - Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer - Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt - Qualitätssicherung - Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen - Evaluation des therapeutischen Prozesses - Rückfragen bei der Abgabestelle - Überprüfung der Diagnose und der Indikation - Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden - Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer - Qualitätskontrolle. <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates - Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde - Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin - Beratung <p>4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.</p> <p>5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden.</p>	
Opiantzug-eilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiantzug-eilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.1.1998

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980
Internet-basierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Insomnie	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztliche Psychotherapie gemäss Artikel 2 KLV auf Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie mit insbesondere den Bausteinen: Bettzeitrestriktion, Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken, kognitive Umstrukturierung, Rückfallprophylaxe. Die Therapie ist manualbasiert und beinhaltet regelmässigen Kontakt zwischen Leistungserbringer und Versicherten, sowie Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. 2. Nach vorgängiger Konsultation. 3. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 16 Wochen Therapie. Das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Artikel 3b KLV. 	1.1.2017

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie			
– mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus – Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie) 	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – Osteogenesis imperfecta – HIV. <p>Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen.</p> <p>Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.</p>	
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
Knochen densitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochenformationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2008
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	<p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008³⁰⁶ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>a) Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ vor einer Herztransplantation. 2. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011³⁰⁷ zu FDG-PET. 3. in der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie, – zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch 	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016

³⁰⁶ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

³⁰⁷ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Spezialärzte und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum Alter von 80 Jahren, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	
		4. In Evaluation: Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.7.2014 bis 31.12.2017
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014 bis 31.12.2017
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET) Bei folgenden Indikationen: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren	1.1.2016
		f) Mittels Gallium-68-PSMA-11 In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.1.2017 bis 31.12.2018
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore	1.7.2017
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017
		b) Mittels 18F-Florbetapir	
		c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), Gallium-68-PSMA-11 oder DOTA-Peptiden	
Magnet- Enzephalographie	Nein		1.7.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ultraschall- Elastographie der Leber	Ja	Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitiden, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2012
<i>9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</i>			
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.1.1993
Protonen- Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen. b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist.	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
		Bei folgenden Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	
	Nein	– Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Alle übrigen Indikationen	1.7.2012/ 15.7.2015
Radiochirurgie (LINAC, Gamma- Kliffe)	Ja	Indikationen: – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome	1.1.1996
	Ja	Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewegungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	1.1.1996/ 1.7.2012

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.8.2008
Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata	1.7.2012/ 1.7.2014
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapierefraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokal-ablative Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	1.7.2010
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.1.2014
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2015

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Regionäre Oberflächentherapie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Inoperable Brust/Brustwandrezidive bei Mammakarzinom in vorbestrahltem Areal – Inoperable Lymphknotenmetastasen von HNO-Tumoren in vorbestrahltem Areal – Oberflächliche Lymphknotenmetastasen und Lokalrezidive bei malignem Melanom – Tumor-Lokalrezidive mit Kompressions-symptomatik in palliativer Situation <p>Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.</p>	1.1.2017
Regionäre Tiefentherapie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Blasen-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Rektum-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder Lokalrezidiv in vorbestrahltem Areal – Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie – Pankreas-Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor <p>Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.</p>	1.1.2017 bis 31.12.2018

10 Komplementärmedizin

Akupunktur	Ja		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Anthroposophische Medizin	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Ärztliche Klassische Homöopathie	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Phytotherapie	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017

11 Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patien- tinnen mit Herz- Kreislaufkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrück- licher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabi- litation kann ambulant oder stationär durchge- führt werden. Eher für eine stationäre Rehabili- tation sprechen: – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). Die Dauer eines ambulanten Rehabilita- tionsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden. Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleite- ten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations- Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011 ³⁰⁸ . Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009 ³⁰⁹ .	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

³⁰⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010 ³¹⁰ .	
	Ja	Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikel-funktion – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren). 	
	Ja	– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	– Patienten und Patientinnen mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium I nach Fontaine.	1.7.2013
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten. Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003 ³¹¹ entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein. Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.	1.1.2005

³¹⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³¹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	

Anhang ²³¹²
(Art. 20a)

Mittel- und Gegenstände-Liste

³¹² In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) (AS **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487).

Anhang ³¹³
(Art. 28)

Analysenliste

³¹³ In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL) (AS **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 3487 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487).

Anhang 4³¹⁴
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif

³¹⁴ In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Arzneimittelliste mit Tarif. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (AS **2005** 2875).