

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

vom 29. September 1995 (Stand am 12. Juli 2005)

Das Eidgenössische Departement des Innern,

gestützt auf die Artikel 33, 38 Absatz 2, 44 Absatz 1 Buchstabe a, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 71 Absatz 4, 75 sowie 77 Absatz 4 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. 1

Der Anhang 1 bezeichnet diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungskommission 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 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

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

2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

Art. 2 Grundsatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

² Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen werden höchstens die Kosten für eine Behandlung übernommen, die entspricht:

- a. in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzungen pro Woche;
- b. in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche;
- c. danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen.

² Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁴ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

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 sowie bildgebenden Verfahren:⁵

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2546).

- a.⁶ Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet;
- b. Arzneimittel:
pharmazeutische Spezialitäten der therapeutischen Gruppen 01.01. Analgetica und 07.10. Arthritis und rheumatische Krankheiten der Spezialitätenliste, soweit die zuständige schweizerische Prüfstelle für diese Spezialitäten als Verkaufsart eine Abgabe durch Apotheken ohne ärztliches Rezept (C) oder eine Abgabe durch Apotheken und Drogerien (D) bestimmt hat;
- c. Mittel und Gegenstände:
 - 1. Produkte der Gruppe 05.12.01. Halskragen der Liste der Mittel und Gegenstände,
 - 2. Produkte der Gruppe 34. Verbandmaterial der Liste der Mittel und Gegenstände für die Anwendung an der Wirbelsäule;
- d.⁷ Bildgebende Verfahren:
 - 1. Röntgen des Skelettes,
 - 2. Computertomographie (CT) des Skelettes,
 - 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes,
 - 4. Szintigrafie des Skelettes.

4. Abschnitt:⁸ 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;
- 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.

⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 5283).

⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

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 erbracht werden:

- a. Ultraviolettbestrahlungen (Quarzlampenbestrahlungen);
- b. Rotlicht, Infrarot;
- c. Heissluft, Glühlichtbogen;
- d. Kurzwellen, Ultrakurzwellen;
- e. Radar (Mikrowellen);
- f. Diathermie (Langwellen-Diathermie);
- g. Aerosolinhalationen;
- h. Manuelle Massage und Bewegungstherapie:
 1. Muskelmassage als Teil- oder Ganzmassage, Bindegewebsmassage, Massage reflexogener Zonen,
 2. Krankengymnastik (Gelenkmobilisation, passive Bewegungstherapie, Mechanotherapie, Atemgymnastik inkl. Anwendung von Apparaten zur Bekämpfung der Ateminsuffizienz, Wassergymnastik),
 3. Krankengymnastische Behandlungen nach Bobath oder nach Kabath,
 4. Gruppengymnastik,
 5. Wirbelsäulenextensionen,
 6. Lymphdrainage bei Lymphödemen durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen,
 7. Hippotherapie-K bei multipler Sklerose durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen;
- i. Ultraschall;
- k. Elektrotherapie:
 1. Galvanisation (allgemeine und lokale), Iontophorese,
 2. Faradisation (Exponentialströme, Sinusoidalströme);
- l. Hydrotherapie:
 1. Wickel und Packungen,
 2. Schlamm-, Fango- und Paraffinpackungen,
 3. Medizinalduschen,
 4. Medizinalbäder,
 5. Elektrobäder,

6. Unterwasserstrahlmassage,
7. Unterwassermassage,
8. Hyperthermiebäder.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.⁹

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 und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.¹⁰

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.¹¹ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.¹²

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 und

⁹ Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

¹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

¹² Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

in welchem Umfang die Ergotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.¹³

3. Abschnitt: Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:¹⁴

- a.¹⁵ 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 1994¹⁶, KVG).

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a. Massnahmen der Abklärung und Beratung:
 1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin),
 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
- 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. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,

¹³ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253).

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2039).

¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

¹⁶ SR **832.10**

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;
- 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. psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege.

³ Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet.¹⁷

Art. 8¹⁸ 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.¹⁹

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.

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 4). Bestätigt ein Arzt oder eine Ärztin die Einreihung

¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Dez. 1997 (AS 1998 150).

¹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

einer versicherten Person in eine Pflegebedarfsstufe, gilt dies als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.

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

⁶ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können erteilt werden:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate.

^{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.²⁰

⁷ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden.

Art. 8a²¹ Kontroll- und Schlichtungsverfahren

¹ Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause.

² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten neben dem Tarif (Art. 47 KVG²²) 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 sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

Art. 9 Abrechnung

¹ Die Leistungen können insbesondere nach Zeit- oder nach Pauschaltarifen (Art. 43 KVG²³) in Rechnung gestellt werden.

² Die verschiedenen Tarifarten können kombiniert werden.

³ Für die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die Vertragspartner oder

²⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

²¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

²² SR 832.10

²³ SR 832.10

setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind.²⁴

⁴ Für die Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind (Pflegebedarfsstufen). Es sind mindestens vier Stufen vorzusehen.²⁵

Art. 9a²⁶ Kostentransparenz und Tariflimiten

¹ Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden:

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in einfachen und stabilen Situationen: 30–47 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in instabilen und komplexen Situationen sowie für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 45–68 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 50–73 Franken.²⁷

² Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG²⁸) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

- a. für die erste Pflegebedarfsstufe: 10–20 Franken
- b. für die zweite Pflegebedarfsstufe: 15–40 Franken
- c. für die dritte Pflegebedarfsstufe: 30–65 Franken
- d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: 40–80 Franken.²⁹

³ Artikel 44 KVG ist anwendbar.

²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

²⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

²⁸ SR 832.10

²⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

3a. Abschnitt:³⁰ Ernährungsberatung

Art. 9b³¹

¹ Der Ernährungsberater oder die Ernährungsberaterin im Sinne der Artikel 46 und 50a KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:³²

- a.³³ Stoffwechselkrankheiten;
- b. Adipositas (Body-mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- c. Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- d. Krankheiten des Verdauungssystems;
- e. Nierenerkrankungen;
- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- 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.³⁴

³ Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Krankenversicherung 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.³⁵ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden soll.

³⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Juli 1997 (AS 1997 564).

³¹ Ursprünglich Art. 9a.

³² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

3b. Abschnitt:³⁶ 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.³⁷

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 Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.³⁸

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 oder die Logopädin 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:

- a. organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b. phoniatische 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

³⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

³⁸ Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

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 in einem Zeitraum von längstens drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

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 Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

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.

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.

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG³⁹):

Massnahme	Voraussetzung
a. ⁴⁰ Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	– Gemäss dem von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie herausgegebenen Leitfaden «Vorsorgeuntersuchungen» (2. Auflage, Bern, 1993). Total acht Untersuchungen.

³⁹ SR 832.10

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

Massnahme	Voraussetzung
b. Screening auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Hypothyreose	Bei Neugeborenen.
c. ⁴¹ Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung inklusive Krebsabstrich	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden; sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
d. HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
e. Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
f. ⁴² Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
g. ⁴³ Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des BAG und der EKIF.
h. ⁴⁴ Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des BAG und der EKIF.

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546).

⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁴⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

Massnahme	Voraussetzung
i. ⁴⁵ Impfung gegen Influenza	<p>1. Jährliche Impfung bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei denen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention des BAG, der Arbeitsgruppe Influenza und der EKIF, Stand August 2000; Supplementum XIII, BAG 2000), und bei über 65-jährigen Personen.</p> <p>2.⁴⁶ Während einer Influenza-Pandemiebedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei denjenigen Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (gemäss Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005⁴⁷, IPV).</p>
k. ⁴⁸ Hepatitis-B-Impfung	<p>1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Bei beruflicher Indikation ist die Impfung vom Arbeitgeber zu bezahlen.</p> <p>2.⁴⁹ Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des BAG und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006.</p>
l. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter.

⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

⁴⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2005 (AS **2005** 2875).

⁴⁷ SR **818.101.23**

⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2005** 5401).

⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juni 2005 (AS **2005** 2875).

Massnahme	Voraussetzung
m. Pneumokokken-Impfung	<p>1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Splenektomie, Cochlea-Implantat oder Schädel-Basis-Missbildung oder vor einer Splenektomie oder dem Einlegen eines Cochleaimplantats.</p> <p>2.⁵⁰ Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter fünf Jahren gemäss den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen von 2001 und 2003 (Bulletin des BAG 29/2001 und 35/2003).</p>
n. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
o. ⁵¹ Mammographie	<p>1. Diagnostische Mammographie: Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Die Mammographie muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinischer Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)⁵²</p>

⁵⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS **1999** 2517).

⁵² Diese Leitlinien können beim BAG, 3003 Bern, eingesehen werden.

Massnahme	Voraussetzung
p. ⁵⁵ Vitamin-K-Prophylaxe	2. ⁵³ Screening Mammographie: Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 ⁵⁴ über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.
q. ⁵⁶ Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen)
r. ... ⁵⁷	Während des ersten Lebensjahres.
s. ⁵⁸ In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie	Bei Personen nach einem Anästhesiezwischenfall 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. In einem Zentrum, das von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannt ist.
t. ⁵⁹ Meningokokken-Impfung	Mit Konjugat-Impfstoff gemäss den Empfehlungen der EKIF von 2001 (Bulletin des BAG 46/2001). Die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung beschränkt sich auf folgende Situationen:
53 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 19. Dez. 2000 (AS 2001 295).	
54 SR 832.102.4	
55 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).	
56 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).	
57 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, mit Wirkung seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).	
58 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).	
59 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).	

Massnahme	Voraussetzung
u. ⁶⁰ Impfung gegen Tuberkulose	<p>Medizinische Indikationen</p> <p>Impfung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wie der wahrscheinliche oder der sichere Fall leben.</p> <p>Impfung von Personen, die im gleichen Zimmer geschlafen haben oder Nasen- oder Rachensekreten direkt ausgesetzt waren.</p> <p>Impfung von Familienmitgliedern ersten Grades vor dem 20. Altersjahr, auch ohne Kontakt.</p>
v. ⁶¹ 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>Mit BCG-Impfstoff gemäss den Richtlinien der schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (SVTL) und des BAG von 1996 (Bulletin des BAG 16/1996)</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 Colocarcinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC) – Retinoblastom <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen medizinische Genetik oder Mitglieder des «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» des Schweizerischen Institutes für Angewandte Krebsforschung (SIAK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin medizinische Genetik erbringen können.</p>

⁶⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁶¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003 (AS 2003 5283). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

Massnahme	Voraussetzung
x. ⁶² Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Bei Personen, die sich häufig in der Natur der Endemiegebiete aufhalten, gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom März 2003 (http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/wissenschaft/d/fsme_empf.pdf). Bei beruflicher Indikation ist die Impfung vom Arbeitgeber zu bezahlen.
y. ⁶³ Varizellen-Impfung	Impfung von nicht immunen Jugendlichen und Erwachsenen sowie spezifischer Risikogruppen gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom November 2004 (BAG-Bulletin Nr. 45, 2004).

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG⁶⁴):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen 1. ⁶⁵ In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	– <i>Erstkonsultation</i> : Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste.

⁶² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁶⁴ SR 832.10

⁶⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 5283).

Massnahme	Voraussetzung
	– <i>Weitere Konsultationen</i> : Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b. ⁶⁶ Ultraschallkontrollen	
1. ⁶⁷ In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 10.–12. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolle in der 20.–23. Schwangerschaftswoche.	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen durchgeführt werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode, welche auch die kommunikative Kompetenz umfasst, und über die nötige Erfahrung verfügen. Ziffer 1 gilt bis zum 31. Dezember 2006
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
c. Pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d. Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: <ul style="list-style-type: none"> – Bei Schwangeren ab 35 Jahren. – Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

⁶⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 1996 (AS 1996 1496).

⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2002 (AS 2001 2150).

Art. 14 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 100 Franken für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme in Gruppen durchführt.

Art. 15 Stillberatung

¹ Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG⁶⁸) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger durchgeführt wird.

² Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16 Leistungen der Hebammen

¹ Die 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 sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
 2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.
- b. Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.
- c. Die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben c und e sowie nach den Artikeln 14 und 15.

² Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung auch Leistungen der Krankenpflege nach Artikel 7 Absatz 2 erbringen. Die Leistungen sind nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt und nach der vorzeitigen Entlassung aus dem Spital oder aus der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege durchzuführen.

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kauystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kauystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG⁶⁹). Voraussetzung ist, dass das Lei-

⁶⁸ SR 832.10

⁶⁹ SR 832.10

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

Art. 18 Allgemeinerkrankungen⁷⁰

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 KVG⁷¹):

⁷⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

⁷¹ SR 832.10

- a.⁷² 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 Polyarthrititis 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. ...⁷³

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.⁷⁴

Art. 19⁷⁵ Allgemeinerkrankungen; Zahnherdbehandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG⁷⁶):

- a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;
- b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;

⁷² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁷³ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS **1998** 2923).

⁷⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁷⁶ SR **832.10**

- c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d. bei Endokarditis.

Art. 19a⁷⁷ Geburtsgebrechen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:⁷⁸

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG⁷⁹, 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 epiphysaria multiplex);
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;
- 16.⁸⁰Proboscis lateralis;

⁷⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

⁷⁹ SR 832.10

⁸⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

- 17.⁸¹ 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 intramaxilläre 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 Beurteilung 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;

⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

26. Makro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
- 28.⁸² Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
- 28a.⁸³ 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. Histiozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwesche-Krankheit);
34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyelie, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyelie);
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. Ptosis palpebrae congenita;
40. Aplasie der Tränenwege;
41. Anophtalmus;
42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. Atresia auris congenita inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;

⁸² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 2150).

⁸³ 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).

45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoproteinstoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-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. 20 Liste der Mittel und Gegenstände

¹ Die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, für welche die Versicherung eine Vergütung zu leisten hat, sind im Anhang 2 nach Produktgruppen und Anwendungsarten aufgeführt.

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Ihre Vergütung wird mit der entsprechenden Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

³ Die Mittel- und Gegenstände-Liste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben^{84, 85}

⁸⁴ Die Mittel- und Gegenstände-Liste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt und beim Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern oder unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm> eingesehen werden.

⁸⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

Art. 21 Anmeldung

Vorschläge für die Aufnahme von neuen Mitteln und Gegenständen in die Liste sowie für den Umfang der Vergütung sind beim BAG⁸⁶ einzureichen. Das BAG prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der Eidgenössischen Kommission für Mittel und Gegenstände.⁸⁷

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.

⁸⁶ Die Bezeichnung der Verwaltungseinheit wurde gemäss Art. 16 Abs. 3 der Publikationsverordnung vom 17. Nov. 2004 (SR **170.512.1**) angepasst. Die Anpassung wurde im ganzen Text vorgenommen.

⁸⁷ Fassung des Satzes gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

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 KVG⁸⁸ vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.⁸⁹

⁸⁸ SR 832.10

⁸⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2546).

² Die Analysenliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben^{90,91}

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29⁹²

¹ Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG⁹³ 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.⁹⁴

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

¹ Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:⁹⁵

- a.⁹⁶ seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;
- b.⁹⁷ die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) vorliegt.

² ...⁹⁸

⁹⁰ Die Analysenliste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt und beim Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern oder unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm> eingesehen werden.

⁹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁹² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

⁹³ SR 832.10

⁹⁴ Fassung gemäss

⁹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁹⁸ Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001 (AS 2001 3397).

Art. 30a⁹⁹ Aufnahmege such

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

- a. die Voranzeige der Swissmedic mit dessen Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen;
- b. die der Swissmedic eingereichte Fachinformation;
- c. falls das Arzneimittel im Ausland bereits zugelassen ist, die genehmigten ausländischen Fachinformationen;
- d. die der Swissmedic eingereichte Zusammenfassung der klinischen Dokumentation;
- e. die wichtigsten klinischen Studien;
- f. die Fabrikabgabepreise in allen Vergleichsländern gemäss Artikel 35 sowie der Zielpreis für die Europäische Gemeinschaft;
- g. eine Erklärung der Gesuchstellerin, wonach sie sich verpflichtet, allfällige Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV an die gemeinsame Einrichtung zu bezahlen.

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. 31¹⁰⁰ Aufnahmeverfahren

¹ Das BAG unterbreitet Gesuche um Aufnahme in die Spezialitätenliste der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (Kommission) in der Regel anlässlich deren Sitzung.

² Die Kommission teilt jedes Arzneimittel in eine der folgenden Kategorien ein:

- a. medizinisch-therapeutischer Durchbruch;
- b. therapeutischer Fortschritt;
- c. Kosteneinsparung im Vergleich zu anderen Arzneimitteln;
- d. kein therapeutischer Fortschritt und keine Kosteneinsparung;
- e. unzumutbar für die soziale Krankenversicherung.

³ Folgende Gesuche werden der Kommission nicht unterbreitet:

- a. neue galenische Formen, die zum gleichen Preis angeboten werden wie eine vergleichbare galenische Form, die bereits in der Spezialitätenliste ist;
- b. Arzneimittel, die gemäss Artikel 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000¹⁰¹ bei der Swissmedic zweitemeldet wurden, wenn das Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste ist;

⁹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁰⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁰¹ SR 812.21

- c. Co-Marketing-Arzneimittel, wenn das Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste ist.

⁴ Hat die Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 5 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001¹⁰² bewilligt, führt das BAG ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren durch. Im beschleunigten Aufnahmeverfahren kann ein Gesuch bis spätestens 20 Tage vor der Sitzung der Kommission, an der es behandelt werden soll, eingereicht werden.

⁵ Liegt die Zulassungsbescheinigung vor und beantragt die Kommission die Aufnahme, verfügt das BAG diese in der Regel innert 30 Tagen.

Art. 31a¹⁰³ Aufnahme

Das BAG kann die Aufnahme insbesondere mit der Auflage verfügen, dem BAG spätestens 18 Monate nach der Aufnahme folgende Unterlagen einzureichen:

- a. die Preise in allen Vergleichsländern gemäss Artikel 35;
- b. Angaben zur Menge der seit der Aufnahme verkauften Packungen, bestätigt von der gemäss Obligationenrecht¹⁰⁴ gewählten Revisionsstelle des für den Vertrieb zuständigen Unternehmens oder von einer durch das BAG anerkannten Treuhandstelle.

Art. 32¹⁰⁵ 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. 33¹⁰⁶ 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.¹⁰⁷

¹⁰² SR **812.212.21**

¹⁰³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

¹⁰⁴ SR **220**

¹⁰⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

¹⁰⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

¹⁰⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

Art. 34 Wirtschaftlichkeit

¹ Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellem Aufwand gewährleistet.

² Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels werden berücksichtigt:

- a. dessen Fabrikabgabepreise im Ausland
- b. dessen Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise;
- c. dessen Kosten pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise
- d. bei einem Arzneimittel im Sinne von Artikel 31 Absatz 2 Buchstaben a und b ein Innovationszuschlag für die Dauer von höchstens 15 Jahren; in diesem Zuschlag sind die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen zu berücksichtigen.¹⁰⁸

Art. 35¹⁰⁹ Preisvergleich mit dem Ausland

¹ Der Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels darf in der Regel den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, abzüglich der Mehrwertsteuer, dieses Arzneimittels in Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten. Das BAG vergleicht mit Ländern, in denen der Fabrikabgabepreis aufgrund von Bestimmungen von Behörden oder Verbänden eindeutig bestimmt werden kann.

² Verglichen wird mit Deutschland, Dänemark, Grossbritannien und den Niederlanden. Subsidiär werden Frankreich, Österreich und Italien in den Vergleich einbezogen. Deren Preise können als generelle Indikatoren beigezogen werden. Es kann mit weiteren Ländern verglichen werden.

³ Der Fabrikabgabepreis in den erwähnten Ländern wird dem BAG vom Unternehmen, welches das Arzneimittel vertreibt, mitgeteilt. Das Unternehmen ermittelt ihn aufgrund von Regelungen von Behörden oder Verbänden und lässt ihn von einer Behörde oder einem Verband bestätigen. Er wird gestützt auf einen vom BAG ermittelten durchschnittlichen Wechselkurs über sechs Monate in Schweizer Franken umgerechnet.

Art. 35a¹¹⁰ Vertriebsanteil

¹ Der Vertriebsanteil für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung der Swissmedic verschreibungspflichtig sind, setzt sich zusammen aus einem im Verhältnis zur Höhe

¹⁰⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹⁰⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹¹⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag) und einem Zuschlag je Packung.¹¹¹

² Der preisbezogene Zuschlag gemäss Absatz 1 berücksichtigt insbesondere die Kapitalkosten für Lagerhaltung und ausstehende Guthaben.

³ Der Zuschlag je Packung berücksichtigt insbesondere die Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten. Er kann nach der Höhe des Fabrikabgabepreises abgestuft werden.

⁴ Der Vertriebsanteil für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung der Swissmedic nicht verschreibungspflichtig sind, besteht aus einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag). Dieser berücksichtigt alle Kosten, die mit dem Vertriebsanteil abgegolten werden.¹¹²

⁵ Das BAG kann den Vertriebsanteil je nach Leistungserbringer und Abgabekategorie unterschiedlich bemessen. Zudem kann es besondere Vertriebsverhältnisse berücksichtigen. Es hört die vom Vertrieb betroffenen Verbände an, bevor es den Vertriebsanteil festsetzt.¹¹³

Art. 35b¹¹⁴ Überprüfung innert 24 Monaten nach der Aufnahme

¹ Arzneimittel werden innert 24 Monaten nach ihrer Aufnahme vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen erfüllen.

² Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden für den Vergleich mit anderen Arzneimitteln in der Regel dieselben Arzneimittel beigezogen wie bei der Aufnahme.

³ Ergibt die Überprüfung, dass der Preis zu hoch ist, verfügt das BAG eine Preissenkung. Zudem prüft es, ob Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV erzielt wurden.

⁴ Zur Ermittlung der für eine Rückerstattung massgebenden Limiten nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV werden sämtliche Handelsformen eines Arzneimittels herangezogen.

⁵ Die Mehreinnahmen werden wie folgt berechnet:

- a. zuerst wird die Preisdifferenz zwischen dem Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme und demjenigen nach der Preissenkung ermittelt;
- b. danach wird diese Preisdifferenz multipliziert mit der Anzahl der seit der Aufnahme bis zur Preissenkung verkauften Packungen.

⁶ Das BAG verfügt die Höhe der Mehreinnahmen und die Frist, innert der sie der gemeinsamen Einrichtung gemäss KVG¹¹⁵ zu bezahlen sind.

¹¹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹¹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 5283).

¹¹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹¹⁵ SR 832.10

Art. 36 Überprüfung der Arzneimittel in den ersten 15 Jahren
seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste

¹ Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35 noch erfüllen.

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

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

Art. 37 Überprüfung nach 15 Jahren

¹ Arzneimittel werden nach Ablauf des Patentschutzes, jedoch spätestens 15 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35a noch erfüllen. Verfahrenspatente werden bei der Überprüfung nicht berücksichtigt.¹¹⁶

² Ergibt die Überprüfung, dass der Preis zu hoch ist, verfügt das BAG eine Preissenkung.

³ Arzneimittel, die gleichzeitig in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden gleichzeitig überprüft.¹¹⁷

⁴ Zur Beurteilung eines Arzneimittels ist der erste Eintrag einer Packungsgrösse, Dosierung oder galenischen Form massgebend. Wird eine Form überprüft, werden alle anderen Formen, die dieselbe Wirksubstanz enthalten, auch überprüft.¹¹⁸

Art. 38 Gebühren

¹ Mit jedem Gesuch um Neuaufnahme eines Arzneimittels ist für jede galenische Form eine Gebühr von 2000 Franken zu entrichten. Betrifft das Gesuch ein Arzneimittel, das in einem beschleunigten Verfahren zugelassen wurde und soll das Gesuch auch vom BAG beschleunigt behandelt werden, beträgt die Gebühr 2400 Franken.¹¹⁹

² Mit jedem Gesuch um Preiserhöhung, um Erweiterung der Limitierung, um Änderung der Wirkstoffdosierung oder der Packungsgrösse sowie bei Wiedererwägungsgesuchen ist für jede galenische Form eine Gebühr von 400 Franken zu entrichten.¹²⁰

³ Für alle übrigen Verfügungen des BAG wird nach Massgabe des Aufwandes eine Gebühr von 100–1600 Franken erhoben.

¹¹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

¹²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁴ Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

⁵ Für jedes in die Spezialitätenliste aufgenommene Arzneimittel sowie für jede darin aufgeführte Packung ist jährlich eine Gebühr von 20 Franken zu bezahlen.

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung

1. Kapitel:¹²¹ ...

Art. 39

2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik

Art. 40

Folgende Einrichtungen sind als Schulen für Chiropraktik nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannt:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Kanada;
- b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P. O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;
- e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;
- k. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;

¹²¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

1. Western States Chiropractic College
2900 N. E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

3. Kapitel:¹²² ...

Art. 41

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 das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «medizinische Laboranten oder Laborantinnen mit höherer Fachausbildung» oder ein vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkanntes Diplom.

³ Als Weiterbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter medizinisch-analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie und medizinischer Mikrobiologie. Das Eidgenössische Departement des Innern entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.¹²³

⁴ Das Eidgenössische Departement des Innern kann Laborleiter oder Laborleiterinnen, die über eine Weiterbildung verfügen, welche den Anforderungen von Absatz 3 nicht entspricht, für bestimmte Spezialanalysen zulassen. Es bezeichnet die Spezialanalysen.

Art. 43¹²⁴ Weitergehende Anforderungen im Bereich der medizinischen Genetik

¹ Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen nur in Laboratorien durchgeführt werden, deren Leiter oder Leiterin sich über eine für die Leitung eines Laboratoriums anerkannte Ausbildung nach Artikel 42 Absatz 1 und eine von der FAMH anerkannte oder vom Eidgenössischen Departement des Innern als gleichwertig anerkannte Weiterbildung nach Artikel 42 Absatz 3 in medizinischer Genetik (Genetik des Menschen mit Ausrichtung auf Gesundheit und Krankheit) ausweist.

¹²² Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS 1999 2517).

¹²³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 5283).

¹²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS 2003 5283).

² Einzelne Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen auch in Laboratorien durchgeführt werden, deren Leiter oder Leiterin sich über eine von der FAMH anerkannte oder vom Eidgenössischen Departement des Innern als gleichwertig anerkannte Weiterbildung ausweist, welche die medizinische Genetik einschliesst. Die Anforderungen an die Weiterbildung für die einzelnen Analysen sind in der Analysenliste festgelegt (Suffix).

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965¹²⁵ 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 1965¹²⁶ über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invaliden;
- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965¹²⁷ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965¹²⁸ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965¹²⁹ über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985¹³⁰ über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;
- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990¹³¹ über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;

¹²⁵ [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

¹²⁶ [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

¹²⁷ [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

¹²⁸ [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

¹²⁹ [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹³⁰ [AS 1986 87]

¹³¹ [AS 1991 519, 1995 891]

- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968¹³² über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;
- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989¹³³ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988¹³⁴ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45¹³⁵**Art. 46** Inkrafttreten¹³⁶

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

² ...¹³⁷

³ ...¹³⁸

Schlussbestimmung der Änderung vom 17. November 2003¹³⁹

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») verfügt¹⁴⁰.

¹³² [AS 1968 1496, 1986 1487]

¹³³ [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹³⁴ [AS 1989 374, 1995 750 3688]

¹³⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS 2000 3088).

¹³⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

¹³⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996 (AS 1996 909).

¹³⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996 (AS 1996 1232).

¹³⁹ AS 2003 5283

¹⁴⁰ In der AS nicht veröffentlicht. Das Reglement kann beim Bundesamt für Gesundheit eingesehen werden.

*Anhang I*¹⁴¹
(Art. 1)

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 Leistungskommission 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

¹⁴¹ Fassung gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 30. Nov. 2004 (AS **2004** 5401).
Bereinigt durch Ziff. II der V des EDI vom 2. Juni 2005 (AS **2005** 2875).

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
 - 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
 - 10 Komplementärmedizin
 - 11 Rehabilitation
- Alphabetischer Index

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 schlagenden 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 Amputation.	23.8.1984/ 1.3.1995
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	In Evaluation a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin. b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c. Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin).	
		g. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Endolasertherapie von Varizen	Nein		1.1.2004
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	25.3.1971 23.3.1972
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungen-transplantation	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-Lungen-transplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Isolierte Lebertransplantation	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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lebend-Leber- transplantation	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärzt- tin. Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Eingeschlossen sind die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Ver- sicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin. Die Leistungserbringer müssen ein ein- heitliches Evaluationsregister mit jähr- lichem Bericht an das BAG führen (Moni- toring: Anzahl Fälle, Indikation, Verlauf bei Empfänger/innen und Spender/innen, Gesamtkosten separat für Empfänger/innen und Spender/innen).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005 bis 30.6.2008
Autotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Isolierte Dünndarm- transplantation	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Nein	In Evaluation	1.7.2002
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
Allogene Transplan- tation mit zweischich- tigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Nein	In Evaluation	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologes Epidermis-Äquivalent aus Zweischnitt-Verfahren	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Zur Behandlung therapierefraktärer venöser oder arterio-venöser Ulcera cruris nach erfolgloser konservativer Therapie, d.h. bei indizierter Eigenhauttransplantation oder nach deren Versagen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006
<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 Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	16.1.1969
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 Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein	In Evaluation	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.1.2004
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Nein		1.1.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Chondrozytentransplantation	Nein		1.1.2002/ 1.1.2004
Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung	Ja	In Evaluation Patienten und Patientinnen mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsformen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. – Behandlungen, die im Rahmen der schweizerischen randomisierten kontrollierten Studie (SVISCOT) zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung der Viskosupplementation durchgeführt werden – Für die Viskosupplementationsbehandlung im Rahmen der SVISCOT wird eine pauschale Vergütung vereinbart	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006
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 – Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004 Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur. Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.	1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen.	3.12.1981

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. 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).	22.8.1985
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen – Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskularisationschirurgie	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
Embolisationsbehandlung 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 Transurethrale Mikrowellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasen- entleerungsstörungen	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin An einer anerkannten Institution mit uro- dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behand- lung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2004/ 31.12.2007
Elektrische Neuro- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Reha- bilitation). Nach einem positiven peri- pheren Nerven-Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2003 bis 31.12.2007
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions- therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstoff- therapie	Ja	Bei – chronischen Bestrahlungsschäden – Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis	1.4.1994 1.9.1988
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung von bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten oder Patien- tinnen.	19.3.1970

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung der Adipositas	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann 	7.3.1974
– durch Amphetaminderivate	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	Nein		1.7.2002
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> – 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. 	27.8.1987/ 1.1.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997
Plasmapherese	Ja	Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> – myastenia gravis – trombotisch trombozytopenische Purpura – immunhämolytische Anämie – Leukämie 	25.8.1988

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
LDL-Apherese	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom. – akute Vergiftungen – familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation		In den durch die Zertifizierungsstelle der Swiss Transplant-Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) qualifizierten Zentren, gemäss den von «The Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE)» herausgegebenen Richtlinien: «Accreditation Manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collection and Transplantation» von Mai 1999. Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik führen.	
– autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Lymphomen – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei akuter myeloischer Leukämie 	1.1.1997
	Ja	Beim multiplen Myelom.	1.1.2002
	Ja	In Evaluation <ul style="list-style-type: none"> – bei myelodysplastischen Syndromen – beim Neuroblastom – beim Medulloblastom – bei der chronisch myeloischen Leukämie – beim Mammakarzinom – beim Keimzelltumor – beim Ovarialkarzinom – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor – beim Rhabdomyosarkom – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter. 	1.1.2002 bis 31.12.2006
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie – im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie – beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen – bei kongenitalen Erkrankungen. 	1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– allogen	Nein	In Evaluation Bei Autoimmunerkrankungen	1.1.2002
	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – 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 Geschwister als Spender)	1.1.1997
	Ja	In Evaluation	1.1.2002
		– beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie) – beim Nierenzellkarzinom – beim Melanom	bis 31.12.2006
		Die Kosten des Eingriffs beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.1.1997
	Nein	Bei soliden Tumoren.	1.1.1997
Nein	In Evaluation – bei Autoimmunkrankheiten – beim Mammakarzinom.	1.1.2002	
Gallensteinzertrümmerung	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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome	1.1.1997
	Nein	In Evaluation	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Polygraphie	Ja	In Evaluation Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie FMH mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2005
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von <i>Helicobacter pylori</i>	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein	In Evaluation	1.7.2002
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
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie zur Abklärung von Blutungen unbekannter Ursache des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie.	1.1.2004
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
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 der Arbeitsgruppe Herzschrittmarker und Elektrophysiologie der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000.	1.1.2001
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		12.05.1977
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transmyokardiale Laser- Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000
Kardiale Resynchroni- sationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schritt- machers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chro- nischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer links- ventrikulären Auswurfraction $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Ver- breiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an quali- fizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforder- lichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echo- kardiographie, Programmierkonsole, Herz- katheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
Intrakoronare Brachytherapie	Nein	In Evaluation	1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neuro- logischer Spezial- untersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulations- systems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom- schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen 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 statt- gefunden hat. Der Wechsel des Puls- generators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
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, Neuro-radiologie).	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
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: <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 	23.8.1984

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation 	
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 Elektoneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: <ul style="list-style-type: none"> – Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt 	1.1.1996
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	In Evaluation	1.1.1996/
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.7.2002/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<ul style="list-style-type: none"> – Balkendurchtrennung – Selektive Amygdalohippokampektomie – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation 		<p>Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallkontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.</p> <p>Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.</p> <p>Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.</p>	
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.1.2004
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochen- transplantat	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem 	1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Bandscheiben- Prothesen	Ja	<p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, 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 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbar-segmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontra-indikationen <p>Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur.</p> <p>Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007
<i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
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
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>2.5 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
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Ja	In Evaluation Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Strahlenüberwachung: – bei speziell ausgebildetes Personal – bei Vorliegen einer Betriebsbewilligung des BAG für Jod-125 in geschlossener Form Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	23.3.1972/ 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	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilisation: – bei der Frau	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
– 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
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Papnicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12 Bst. c KLV)	Ja		1.1.1996
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12 Bst. c KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12 Bst.c KLV)	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammotome, ABBI, Siteselect)	Ja	In Evaluation Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom 2.11.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2007
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 «Tension free Vaginal Tape (TVT) zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz» – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.1.2004/ 1.1.2005

4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie

Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	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
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen	Ja	Im Alter von 0–6 Wochen, durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolet-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	In Evaluation	1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein	In Evaluation	1.7.2002
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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurg- gisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsen- unverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigier- bare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokular- linse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Aniso- metropie 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 Vertrauens- ärztin.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea- Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. Maximal vier Behandlungen pro Jahr. Führung eines einheitlichen Evaluations- registers mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2005
Dilatation bei Tränen- kanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005
Scanning-Laser- Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – zur Therapiekontrolle bei schwer behandelbarem Glaukom, zur Evaluati- on vor chirurgischem Eingriff – Evaluation vor retinalen Eingriffen Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff durchgeführt werden soll	1.1.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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- Psychophonologie)	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
Laseranwendung bei: – Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beid- seitiger 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, Universitäts- spitäler Basel, Bern und Zürich, Kantons- spital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996

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		
Substitutions-behandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> a. Bei der methadongestützten Behandlung: Methadonbericht «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» Dezember 1995 (dritte Auflage); b. Bei der buprenorphingestützten Behandlung: Empfehlungen des BAG an die kantonalen Gesundheitsbehörden für die Anwendung von Buprenorphin (Subutex) zur Behandlung von Opioidabhängigen, Januar 2000; c. Bei der heroingestützten Behandlung: Die Bestimmungen der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (SR 812.121.6) sowie die Richtlinien und Empfehlungen des Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information», September 2000. 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. 	1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
------------	-----------------------	-----------------	-----------

3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen:
 - a. ärztliche Leistungen:
 - Eintrittsuntersuchung inkl. Sucht-anamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen
 - 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
 - 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
 - b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:
 - 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
4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		5. Für die Substitutionsbehandlung wird eine pauschale Vergütung vereinbart.	
Opiatentzug- eilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzug- eilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein	In Evaluation	1.1.1998
Ambulanter Opiat- entzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsycho- therapie	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 Mal- therapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch- geführt.	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

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie – mit Doppelenergie- Röntgen- Absorptimetrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei einer klinisch manifesten Osteo- porose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus – gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) – primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – Osteogenesis imperfecta 	1.3.1995
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen.	1.1.1999
			1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein	Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen-resorptionsmarker	Nein		1.1.2003
– Knochen-formationsmarker	Nein		1.1.2003
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durchführung in Zentren, welche die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) vom 1. Juni 2000 über die Qualitätsvoraussetzungen für PET erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: <ol style="list-style-type: none"> a. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG) – zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozyklulationsstörung – präoperativ vor einer Herztransplantation. b. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik – Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom 	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – beim Keimzellentumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnostik nach Therapie – beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z. B. Tumormarkererhöhung); Diagnostik zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnostik nach Therapie – beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnostik von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen – bei Gastro-oesophagealen Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik – bei HNO Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik <p>c. in der Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ bei Hirntumoren. – präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie – Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 80 Jahre sind – bei therapieresistenter fokaler Epilepsie <p>3. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen</p> <p>4. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik</p>	
Magnet- Enzephalographie	Nein	In Evaluation	1.7.2002
<i>9.3 Interventionelle Radiologie</i>			
Pionen- Strahlentherapie	Nein	In Evaluation	1.1.1993
Protonen- Strahlentherapie	Ja	Bei intraokulären Melanomen.	28.8.1986
Protonen- Strahlentherapie	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2002/ 1.7.2002 bis 31.12.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithel-karzinome, Adenokarzinome, Adenoidcystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z. B. Paragan gliome oder Hämangiopericytome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist <p>Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gantry – Moderne Strahlenapplikation (z. B. Spotscanning, IMPT) – Protonenbeschleuniger – Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen – Strahlenschutz, Strahlenüberwachung-Techniksupport – Speziell ausgebildetes Personal (Ärzte und Ärztinnen, Physiker und Physikerinnen, nichtakademisches Personal) <p>Das Zentrum muss eine Betriebsbewilligung des BAG haben und über ausreichende Erfahrung mit Protonentherapie über mehrere Jahre verfügen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.</p>	
Radiochirurgie (LINAC, Gamma- Knife)	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome 	1.1.1996
	Nein	<p>In Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei funktionellen Störungen 	1.1.1996

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 auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999
Anthroposophische Medizin	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Chinesische Medizin	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Homöopathie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Neuraltherapie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Phytotherapie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
11 Rehabilitation			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <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 therapieresistenten Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie von 1990 entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.</p> <p>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 entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, zertifiziert sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p>	1.1.2005

*Anhang 2*¹⁴²
(Art. 20)

Mittel- und Gegenstände-Liste

*Anhang 3*¹⁴³
(Art. 28)

Analysenliste

*Anhang 4*¹⁴⁴
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif

¹⁴² In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Jan. 2005 (siehe AS **2004** 5401 Ziff. II Abs. 2).

¹⁴³ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (siehe AS **2005** 2879 Ziff. I).

¹⁴⁴ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (siehe AS **2005** 2875 Ziff. II Abs. 2).

