

# Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung<sup>1</sup> (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 1. März 2011)

---

*Das Eidgenössische Departement des Innern,*

gestützt auf die Artikel 33, 36 Absatz 1, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 71 Absatz 4, 75, 77 Absatz 4 sowie 105 Absatz 1<sup>bis</sup> der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>2</sup> über die Krankenversicherung (KVV),<sup>3</sup>

*verordnet:*

## 1. Titel: Leistungen

### 1. Kapitel:

### Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen<sup>4</sup>

### 1. Abschnitt: Vergütungspflicht

#### Art. 1<sup>5</sup>

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

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

AS 1995 4964

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

<sup>2</sup> SR 832.102

<sup>3</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS 2008 3553).

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

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

## 2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

### Art. 2<sup>6</sup> Grundsatz

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

<sup>2</sup> Psychotherapie ist eine Form der Therapie, die:

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

### Art. 3<sup>7</sup> Kostenübernahme

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

### Art. 3a<sup>8</sup>

### Art. 3b<sup>9</sup> Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 3c** und **3d**<sup>10</sup>

### **3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen verordnete Leistungen**

#### **Art. 4**

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:<sup>11</sup>

- a.<sup>12</sup> 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;

<sup>10</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

<sup>11</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

<sup>12</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).

- d.<sup>13</sup> Bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes,
  2. Computertomographie (CT) des Skelettes,
  3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes,
  4. Szintigrafie des Skelettes;
- e.<sup>14</sup> physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

#### **4. Abschnitt:<sup>15</sup> Pharmazeutische Leistungen**

##### **Art. 4a**

<sup>1</sup> 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.

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

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

### **1. Abschnitt: Physiotherapie**

##### **Art. 5**

<sup>1</sup> Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskeletalen oder

<sup>13</sup> 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).

<sup>14</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>15</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:<sup>16</sup>

- a. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung;
- b. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion:
  1. aktive und passive Bewegungstherapie,
  2. manuelle Therapie,
  3. detonisierende Physiotherapie,
  4. Atemphysiotherapie (inkl. Aerosolinhalationen),
  5. medizinische Trainingstherapie,
  6. lymphologische Physiotherapie,
  7. Bewegungstherapie im Wasser,
  8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose,
  9. Herz-Kreislauf-Physiotherapie,
  - 10.<sup>17</sup> Beckenboden-Physiotherapie;
- c. Physikalische Massnahmen:
  1. Wärme- und Kältetherapie,
  2. Elektrotherapie,
  3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
  4. Ultraschall,
  5. Hydrotherapie,
  6. Muskel- und Bindegewebsmassage.<sup>18</sup>

<sup>16</sup>bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.<sup>19</sup>

<sup>17</sup>ter Die medizinische Trainingstherapie beginnt mit einer Einführung in das Training an Geräten und ist maximal drei Monate nach der Einführung abgeschlossen. Der medizinischen Trainingstherapie geht eine physiotherapeutische Einzelbehandlung voran.<sup>20</sup>

<sup>2</sup>Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.<sup>21</sup>

<sup>16</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

<sup>17</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

<sup>18</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>19</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>20</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>21</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>3</sup> Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

<sup>4</sup> Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>22</sup>

<sup>5</sup> Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>23</sup> über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.<sup>24</sup>

## 2. Abschnitt: Ergotherapie

### Art. 6

<sup>1</sup> 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.<sup>25</sup> im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

<sup>2</sup> Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.<sup>26</sup>

<sup>3</sup> Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

<sup>4</sup> 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

<sup>22</sup> Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 6493).

<sup>23</sup> SR **831.20**

<sup>24</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

<sup>25</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS **1997** 564).

<sup>26</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>27</sup>

<sup>5</sup> Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>28</sup> über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.<sup>29</sup>

### 3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim<sup>30</sup>

#### Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

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

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994<sup>31</sup>, KVG).<sup>32</sup>

<sup>2</sup> Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a.<sup>33</sup> Massnahmen der Abklärung und der Beratung:
  1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,
  2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;

<sup>27</sup> Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 6493).

<sup>28</sup> SR 831.20

<sup>29</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008 (AS 2008 6493). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>30</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>31</sup> SR 832.10

<sup>32</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>33</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769).

- 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 O<sub>2</sub>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
  5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
  6. Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
  7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,
  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,
  - 13.<sup>34</sup> pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
  - 14.<sup>35</sup> Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;
- c. Massnahmen der Grundpflege:
1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
  - 2.<sup>36</sup> Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

<sup>34</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769).

<sup>35</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769).

<sup>36</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769).



<sup>2bis</sup> Die Abklärung, ob Massnahmen nach Buchstabe b Ziffern 13 und 14 und Buchstabe c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.<sup>37</sup>

<sup>2ter</sup> Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.<sup>38</sup>

<sup>3</sup> Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.<sup>39</sup>

#### **Art. 7a<sup>40</sup>** Beiträge

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

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

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

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

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.00 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 18.00 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 27.00 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 36.00 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 45.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 54.00 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 63.00 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 72.00 Franken;

<sup>37</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Juli 2007 (AS 2006 5769).

<sup>38</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>39</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>40</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 81.00 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 90.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.00 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 108.00 Franken.

<sup>4</sup> Die Versicherung übernimmt für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2<sup>ter</sup> die Beiträge nach Absatz 3 an die Kostender Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag oder Nacht.

**Art. 7b<sup>41</sup>** Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

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

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

**Art. 8<sup>43</sup>** Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

<sup>1</sup> 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.<sup>44</sup>

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>41</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>42</sup> SR 832.10

<sup>43</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

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

<sup>3bis</sup> Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.<sup>45</sup>

<sup>4</sup> Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.<sup>46</sup>

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

<sup>6</sup> Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate;
- c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.<sup>47</sup>

<sup>6bis</sup> 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.<sup>48</sup>

<sup>7</sup> Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.<sup>49</sup>

#### **Art. 8a<sup>50</sup>** Kontroll- und Schlichtungsverfahren

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

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

<sup>45</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>46</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>47</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>48</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

<sup>49</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>50</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>3</sup> Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG<sup>51</sup>) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

#### Art. 9<sup>52</sup> Abrechnung

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

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

#### Art. 9a<sup>53</sup>

### 3a. Abschnitt:<sup>54</sup> Ernährungsberatung

#### Art. 9b<sup>55</sup>

<sup>1</sup> 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:<sup>56</sup>

- a.<sup>57</sup> 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;

<sup>51</sup> SR 832.10

<sup>52</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>53</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997 (AS 1997 2436). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>54</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Juli 1997 (AS 1997 564).

<sup>55</sup> Ursprünglich Art. 9a.

<sup>56</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

<sup>57</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- g. Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

<sup>2</sup> 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.<sup>58</sup>

<sup>3</sup> 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.<sup>59</sup> Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden soll.

### **3b. Abschnitt:<sup>60</sup> Diabetesberatung**

#### **Art. 9c**

<sup>1</sup> 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.<sup>61</sup>

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

<sup>3</sup> 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 Vertrauens-

<sup>58</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

<sup>59</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

<sup>60</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

<sup>61</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

arzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Beratung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>62</sup>

<sup>4</sup> 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 funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache).

### Art. 11 Voraussetzungen

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>62</sup> Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

### 3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

#### Art. 12<sup>63</sup> Grundsatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG<sup>64</sup>):

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

#### Art. 12a<sup>65</sup> Prophylaktische Impfungen

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 16 Jahren sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010 <sup>66</sup> » des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
b. Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.
c. <sup>67</sup> Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.

<sup>63</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

<sup>64</sup> SR 832.10

<sup>65</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007 (AS 2007 6839). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>66</sup> Ausdruck gemäss Ziff. I der V des EDI vom 14. Juni 2010, in Kraft seit 1. Juli 2010 (AS 2010 2755). Diese Änd. wurde im ganzen Erlass berücksichtigt.

<sup>67</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

Massnahme	Voraussetzung
d. <sup>68</sup> Impfung gegen Influenza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Kategorie a) der Empfehlungen zur Impfung gegen die saisonale Grippe des BAG, der Arbeitsgruppe Influenza und der EKIF vom 21. Juni 2010 (Bulletin des BAG 25/2010).</li> <li>2. Während einer Influenza-Pandemie-Bedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (nach Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005<sup>69</sup>).</li> </ol> <p>Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p>
e. Hepatitis-B-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind.</li> </ol> <p>Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) und gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.</li> </ol>
f. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.

<sup>68</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Aug. 2010, in Kraft seit 1. Sept. 2010 (AS 2010 3559).

<sup>69</sup> SR 818.101.23



Massnahme	Voraussetzung
g. Pneumokokken-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="636 236 1025 608">1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene ab 65 Jahren sowie Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Splenektomie, <i>Cochlea</i>-Implantat oder Schädel-Basis-Missbildung oder vor einer Splenektomie oder dem Einlegen eines Cochlea-implantats, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.</li> <li data-bbox="636 619 1025 775">2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter zwei Jahren und Kinder mit chronischer Vorerkrankung unter fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.</li> </ol>
h. Meningokokken-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.
i. Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss den Richtlinien der schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (SVTL) und des BAG von 1996 (Bulletin des BAG 16/1996).
j. <sup>70</sup> Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	<p data-bbox="636 1002 1001 1050">Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.</p> <p data-bbox="636 1066 1016 1145">Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>
k. Varizellen-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.

<sup>70</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

Massnahme	Voraussetzung
1. <sup>71</sup> Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Juni 2007 (BAG-Bulletin Nr. 25, 2007): <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Generelle Impfung der Mädchen im Schulalter;</li> <li>b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15–26 Jahren. Diese Bestimmung gilt bis zum 31. Dezember 2012.</li> </ol> </li> <li>2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Die Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzlichen Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt;</li> <li>b. Der Einkauf des Impfstoffs erfolgt zentral;</li> <li>c. Die Vollständigkeit der Impfungen (Impfschema gemäss Empfehlungen des BAG und der EKIF) wird angestrebt;</li> <li>d. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert;</li> <li>e. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt.</li> </ol> </li> <li>3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.</li> </ol>

<sup>71</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2010 5837).

Massnahme	Voraussetzung
m. Hepatitis-A-Impfung	<p>Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2010» des BAG und der EKIF.</p> <p>Bei folgenden Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung</li> <li>– bei Kindern aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren</li> <li>– bei drogeninjizierenden Personen</li> <li>– bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern ausserhalb einer stabilen Beziehung.</li> </ul> <p>Postexpositionelle Impfung innerhalb von sieben Tagen nach Exposition.</p> <p>Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>
n. Impfung gegen Tollwut	<p>Postexpositionelle Impfung nach Biss durch ein tollwütiges oder tollwutverdächtiges Tier.</p> <p>Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>

**Art. 12b<sup>72</sup>** Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen).
b. Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.

<sup>72</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

Massnahme	Voraussetzung
c. <sup>73</sup> HIV-Postexpositionsprophylaxe	Gemäss den Empfehlungen des BAG (BAG-Bulletin Nr. 36, 2006). Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
d. <sup>74</sup> Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen «Postexpositionelle passive Immunisierung» vom Oktober 2004). Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

#### Art. 12c<sup>75</sup> Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes

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

Massnahme	Voraussetzung
a. 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.

#### Art. 12d<sup>76</sup> Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen

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

<sup>73</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>74</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

<sup>75</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

<sup>76</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

Massnahme	Voraussetzung
a. HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
b. Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
c. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
d. <sup>77</sup> Mammografie	Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Häufigkeit nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammografie, das dokumentiert werden muss. Die Mammografie 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).
e. 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.

<sup>77</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 14. Juni 2010, in Kraft seit 1. Juli 2010 (AS 2010 2755).

Massnahme	Voraussetzung
f. 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>Bei Patienten und Patientinnen und Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom</li> <li>– Polyposis Coli/attenuierter Form der Polyposis Coli</li> <li>– hereditärem Colonicarcinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC)</li> <li>– Retinoblastom</li> </ul> <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen medizinische Genetik oder Mitglieder des «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» des Schweizerischen Institutes für Angewandte Krebsforschung (SIK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin medizinische Genetik erbringen können.</p>

**Art. 12e<sup>78</sup>** Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung

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

Massnahme	Voraussetzung
a. <sup>79</sup> Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel	<p>Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p>

<sup>78</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

<sup>79</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

b.	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.
c. <sup>80</sup>	Screening-Mammografie	Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 <sup>81</sup> über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.

#### 4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

##### Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG<sup>82</sup>):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. <sup>83</sup> In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Erstkonsultation</i>: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</li> <li>– <i>Weitere Konsultationen</i>: Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herzöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</li> </ul>
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.

<sup>80</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

<sup>81</sup> SR 832.102.4

<sup>82</sup> SR 832.10

<sup>83</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 6493).

Massnahme	Voraussetzung
b. <sup>84</sup> Ultraschallkontrollen	
1. in der normalen Schwangerschaft eine Routineuntersuchung in der 11.–14. Schwangerschaftswoche; eine Routineuntersuchung in der 20.–23. Schwangerschaftswoche	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.  Durchführung gemäss den «Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft» der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) in der Fassung vom 15. Oktober 2002.  Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall (SGUM).
2. in der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.  Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall (SGUM) .
c. <sup>85</sup> Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokografie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d. <sup>86</sup> Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: – bei Schwangeren ab 35 Jahren – bei Schwangeren unter 35 Jahren, bei denen ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Kind eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt.  Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

<sup>84</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).

<sup>85</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).

<sup>86</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 6493).



**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

<sup>1</sup> Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG<sup>87</sup>) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger durchgeführt wird.

<sup>2</sup> Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

**Art. 16<sup>88</sup>**      Leistungen der Hebammen

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Sie 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 dem Geburtshaus durchzuführen.

<sup>87</sup> SR 832.10

<sup>88</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 6493).

## 5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

### Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kau-systems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG<sup>89</sup>). Voraussetzung ist, dass das Lei-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 Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
  3. Osteopathien der Kiefer,
  4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
  5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
  1. Kiefergelenksarthrose,
  2. Ankylose,
  3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
  1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
  2. Mund-Antrumfistel;
- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
  1. Schlafapnoesyndrom,
  2. Schwere Störungen des Schluckens,
  3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

<sup>89</sup> SR 832.10

**Art. 18** Allgemeinerkrankungen<sup>90</sup>

<sup>1</sup> 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 KVG<sup>91</sup>):

- a.<sup>92</sup> Erkrankungen des Blutsystems:
  1. Neutropenie, Agranulozytose,
  2. Schwere aplastische Anämie,
  3. Leukämien,
  4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
  5. Hämorrhagische Diathesen.
- b. Stoffwechselerkrankungen:
  1. Akromegalie,
  2. Hyperparathyreoidismus,
  3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
  4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);
- c. Weitere Erkrankungen:
  1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
  2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
  3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
  4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
  5. Sklerodermie,
  6. AIDS,
  7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;
- d. Speicheldrüsenenerkrankungen;
- e. ...<sup>93</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>94</sup>

<sup>90</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

<sup>91</sup> SR **832.10**

<sup>92</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

<sup>93</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS **1998** 2923).

<sup>94</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

**Art. 19<sup>95</sup>** 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 KVG<sup>96</sup>):

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

**Art. 19a<sup>97</sup>** Geburtsgebrechen

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:<sup>98</sup>

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG<sup>99</sup>, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

<sup>2</sup> 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);

<sup>95</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

<sup>96</sup> SR 832.10

<sup>97</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

<sup>98</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

<sup>99</sup> SR 832.10

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.<sup>100</sup> *Proboscis lateralis*;
- 17.<sup>101</sup> Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. *Anodontia totalis congenita* oder *Anodontia partialis congenita* bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. *Hyperodontia congenita*, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intra-maxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. *Micrognathia inferior congenita* mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
  - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
  - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. *Mordex apertus congenitus*, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische 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 er-

<sup>100</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

<sup>101</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

- gibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
- eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;
23. Epulis des Neugeborenen;
  24. Choanalatresie;
  25. Glossoschisis;
  26. Makro- und *Microglossia congenita*, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
  27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
  - 28.<sup>102</sup> Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
  - 28a.<sup>103</sup> 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-Siwe-Schädel-Krankheit);
  34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (*Encephalocele*, *Arachnoidalzyste*, *Myelomeningozele*, *Hydromyelia*, *Meningocele*, *Megalocephalie*, *Porencephalie* und *Diastematomyelia*);
  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;

<sup>102</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2001 2150).

<sup>103</sup> 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).

39. *Ptoxis 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;
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<sup>104</sup> Grundsatz**

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

<sup>104</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

**Art. 20a**<sup>105</sup> Liste der Mittel und Gegenstände

<sup>1</sup> Die Mittel und Gegenstände sind in Anhang 2 nach Arten und Produktgruppen aufgeführt.

<sup>2</sup> Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden oder von Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG<sup>106</sup> im Rahmen ihrer Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwendet werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Die Vergütung wird mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

<sup>3</sup> Die Mittel- und Gegenständeliste 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.<sup>107</sup>

**Art. 21**<sup>108</sup> Anmeldung

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

**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.

<sup>105</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

<sup>106</sup> SR 832.10

<sup>107</sup> Die Mittel- und Gegenständeliste 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/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=de> eingesehen werden.

<sup>108</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3581).



**Art. 24** Vergütung

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

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

**7. Kapitel:  
Beitrag an die Kosten von Badekuren sowie an Transport- und  
Rettungskosten****Art. 25** Beitrag an die Kosten von Badekuren

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

**Art. 26** Beitrag an die Transportkosten

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG<sup>109</sup> vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.<sup>110</sup>

<sup>2</sup> 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<sup>111,112</sup>

### 2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

#### Art. 29<sup>113</sup>

<sup>1</sup> Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG<sup>114</sup> gehört unter dem Titel Arzneimittelliste mit Tarif (abgekürzt «ALT») als Anhang 4 zu dieser Verordnung.

<sup>2</sup> 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.<sup>115</sup>

### 3. Abschnitt: Spezialitätenliste

#### Art. 30 Grundsatz

<sup>1</sup> Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:<sup>116</sup>

<sup>109</sup> SR **832.10**

<sup>110</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2546).

<sup>111</sup> 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/themen/krankenversicherung/02874/> eingesehen werden.

<sup>112</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

<sup>113</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

<sup>114</sup> SR **832.10**

<sup>115</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

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

- a.<sup>117</sup> seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;
  - b.<sup>118</sup> die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) vorliegt.
- 2 ...<sup>119</sup>

**Art. 30a**<sup>120</sup> Aufnahmegeesuch

<sup>1</sup> Ein Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste hat insbesondere zu enthalten:

- a.<sup>121</sup> die Voranzeige der Swissmedic mit deren Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen;
- b. die der Swissmedic eingereichte Fachinformation;
- b<sup>bis</sup>.<sup>122</sup> bei Originalpräparaten mit Patentschutz: die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdaten;
- 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<sup>ter</sup> KVV an die gemeinsame Einrichtung zu bezahlen.

<sup>2</sup> 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. 31**<sup>123</sup> Aufnahmeverfahren

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

<sup>117</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

<sup>118</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>119</sup> Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001 (AS 2001 3397).

<sup>120</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>121</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757).

<sup>122</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757).

<sup>123</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

- <sup>2</sup> Die Kommission teilt jedes Arzneimittel in eine der folgenden Kategorien ein:
- medizinisch-therapeutischer Durchbruch;
  - therapeutischer Fortschritt;
  - Kosteneinsparung im Vergleich zu anderen Arzneimitteln;
  - kein therapeutischer Fortschritt und keine Kosteneinsparung;
  - unzweckmässig für die soziale Krankenversicherung.
- <sup>3</sup> Folgende Gesuche werden der Kommission nicht unterbreitet:
- neue galenische Formen, die zum gleichen Preis angeboten werden wie eine vergleichbare galenische Form, die bereits in der Spezialitätenliste ist;
  - Arzneimittel, die gemäss Artikel 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000<sup>124</sup> bei der Swissmedic zweitemgemeldet wurden, wenn das Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste ist;
  - Co-Marketing-Arzneimittel, wenn das Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste ist.
- <sup>4</sup> Hat die Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 5 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001<sup>125</sup> 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.
- <sup>5</sup> ...<sup>126</sup>

### Art. 31a<sup>127</sup>

### Art. 32<sup>128</sup> 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.

<sup>124</sup> SR **812.21**

<sup>125</sup> SR **812.212.21**

<sup>126</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4251).

<sup>127</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757).

<sup>128</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

**Art. 33**<sup>129</sup> Zweckmässigkeit

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>130</sup>

**Art. 34** Wirtschaftlichkeit

1 ...<sup>131</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>132</sup>

3 ...<sup>133</sup>

**Art. 35**<sup>134</sup> Preisvergleich mit dem Ausland

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Verglichen wird mit Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich. Es kann mit weiteren Ländern verglichen werden.<sup>135</sup>

<sup>129</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

<sup>130</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>131</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

<sup>132</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>133</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

<sup>134</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>135</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

<sup>3</sup> 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. 35a<sup>136</sup>** Vertriebsanteil

<sup>1</sup> Der preisbezogene Zuschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt bei einem Fabrikabgabepreis:

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

<sup>2</sup> Der Zuschlag je Packung für verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt bei einem Fabrikabgabepreis:

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

<sup>3</sup> Der preisbezogene Zuschlag für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt 80 Prozent des Fabrikabgabepreises.

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

**Art. 35b<sup>137</sup>** Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre

<sup>1</sup> Das BAG führt die Überprüfung der Fabrikabgabepreise der Originalpräparate nach Artikel 65d Absatz 1 KVV einmal pro Kalenderjahr durch. Es überprüft dabei jeweils die Fabrikabgabepreise derjenigen Originalpräparate, die in absteigender Reihenfolge bis zum Jahr 1955 im Abstand von drei Jahren in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden.

<sup>136</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS 2000 3088). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

<sup>137</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010, in Kraft seit 1. Aug. 2010 (AS 2010 3249).  
Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>2</sup> Davon ausgenommen sind diejenigen Originalpräparate, die seit ihrer letzten Überprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung nach Artikel 66 KVV oder einer Limitierungsänderung nach Artikel 66a KVV ausserhalb des Rhythmus nach Absatz 1 überprüft wurden. Das BAG führt die nächste Überprüfung dieser Originalpräparate im dritten Jahr nach der Überprüfung wegen einer Indikationserweiterung oder einer Limitierungsänderung durch.

<sup>3</sup> Massgebend für die Überprüfung ist das Aufnahmedatum der ersten Handelsform eines Wirkstoffes, der in dem Originalpräparat enthalten ist.

<sup>4</sup> Die Zulassungsinhaberin muss dem BAG bis zum 31. Mai des Überprüfungsjahres folgende Unterlagen einreichen:

- a. die von einer zeichnungsberechtigten Person der zuständigen Auslandsvertretung der Zulassungsinhaberin bestätigten, am 1. April des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreise aller Vergleichsländer nach Artikel 35 Absatz 2;
- b. bei der erstmaligen Überprüfung die Anzahl der seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste verkauften Packungen des Originalpräparates in der Schweiz, für sämtliche Handelsformen einzeln ausgewiesen;
- c. aktualisierte Daten mit Angabe der gegenüber der vorausgegangenen Überprüfung veränderten Informationen zum Arzneimittel.

<sup>5</sup> Für die Ermittlung der Preise nach Absatz 3 Buchstabe a muss das Unternehmen, das das zu überprüfende Originalpräparat vertreibt, dem BAG die umsatzstärkste Packung sämtlicher Handelsformen desselben Wirkstoffes während der letzten zwölf Monate in der Schweiz mitteilen. Das BAG kann die entsprechenden Umsatzzahlen einfordern. Die ausländischen Fabrikabgabepreise sind gestützt auf einen vom BAG ermittelten durchschnittlichen Wechselkurs über zwölf Monate in Schweizer Franken umzurechnen.

<sup>6</sup> Zeigt der Vergleich des Fabrikabgabepreises der umsatzstärksten Packung in der Schweiz mit dem durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer, dass eine Preissenkung vorgenommen werden muss, so wird der ermittelte Senkungssatz auf die Fabrikabgabepreise sämtlicher Handelsformen desselben Wirkstoffes angewendet.

<sup>7</sup> Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Originalpräparates mit Wirkung per 1. November des Überprüfungsjahres auf den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer. Das Unternehmen kann bis zum 31. Mai des Überprüfungsjahres beim BAG beantragen, den Fabrikabgabepreis auf einen Preis zu senken, welcher den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer um höchstens drei Prozent übersteigt.

<sup>8</sup> Liegt der Fabrikabgabepreis in der Schweiz unter dem durchschnittlichen Fabrikabgabepreis der Referenzländer, so rechtfertigt dies keine Preiserhöhung.

<sup>9</sup> Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kommt in begründeten Fällen Artikel 34 Absatz 2 Buchstabe b und c zur Anwendung.

<sup>10</sup> Im Zuge der Überprüfung nach Absatz 1 gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens zwanzig Prozent tiefer sind als die am 1. April des Überprüfungsjahres gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der entsprechenden Originalpräparate im Ausland.

### **Art. 35c**<sup>138</sup> Rückerstattung der Mehreinnahmen

<sup>1</sup> Bei der erstmaligen Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Artikel 35b prüft das BAG, ob Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2<sup>ter</sup> KVV erzielt wurden.

<sup>2</sup> Zur Ermittlung der für eine Rückerstattung massgebenden Limiten nach Artikel 67 Absatz 2<sup>ter</sup> KVV werden sämtliche Handelsformen eines Arzneimittels herangezogen.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Massgebend für die Berechnung der Mehreinnahmen sind die Wechselkurse im Moment der Aufnahme des Präparates.

<sup>5</sup> Hat das BAG begründete Zweifel an der Richtigkeit der von der ZulassungsinhaberIn gemachten Angaben, so kann es von ihr für das betroffene Arzneimittel eine Bestätigung dieser Angaben durch die externe Revisionsstelle dieses Unternehmens verlangen.

<sup>6</sup> Senkt die ZulassungsinhaberIn vor dem 1. November des Überprüfungsjahres den Fabrikabgabepreis ihres Originalpräparates freiwillig auf das durchschnittliche Preisniveau der Referenzländer nach Artikel 35 Absatz 2, so hat sie dem BAG diese durchschnittlichen Preise zum Zeitpunkt des Antrags auf freiwillige Preissenkung einzureichen. Senkt die ZulassungsinhaberIn innerhalb der ersten achtzehn Monate seit der Aufnahme eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste ihre Fabrikabgabepreise auf das durchschnittliche Preisniveau aller sechs Referenzländer, so verzichtet das BAG auf die Verpflichtung zur Rückerstattung der Mehreinnahmen.

<sup>7</sup> Das BAG verfügt die Höhe der Mehreinnahmen und die Frist, innert der sie der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG<sup>139</sup> zu bezahlen sind.

### **Art. 36** Wirtschaftlichkeitsbeurteilung während der ersten 15 Jahre<sup>140</sup>

<sup>1</sup> Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35a noch erfüllen.<sup>141</sup>

<sup>138</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010, in Kraft seit 1. Aug. 2010 (AS 2010 3249). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss des Textes.

<sup>139</sup> SR 832.10

<sup>140</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757).

<sup>141</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757).



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

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

**Art. 37<sup>142</sup>** Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

Für die Überprüfung eines Originalpräparates nach Artikel 65e KVV muss die ZulassungsinhaberIn dem BAG spätestens sechs Monate vor Ablauf des Patentschutzes unaufgefordert die Preise in allen Vergleichsländern nach Artikel 35 Absatz 2 und die Umsatzzahlen der letzten vier Jahre vor Patentablauf nach Artikel 65c Absätze 2–4 KVV angeben. Die Durchschnittspreise der Vergleichsländer werden auf der Homepage des BAG publiziert.

**Art. 37a<sup>143</sup>**

**Art. 37b<sup>144</sup>** Indikationserweiterung

Für die Überprüfung eines Originalpräparates aufgrund einer Indikationserweiterung nach Artikel 66 KVV muss die ZulassungsinhaberIn dem BAG die entsprechende Zulassungsverfügung sowie die Unterlagen nach Artikel 30a Absatz 1 Buchstaben a–f und Absatz 2 einreichen.

**Art. 37c<sup>145</sup>**

**Art. 37d<sup>146</sup>** Umfang und Zeitpunkt der Überprüfungen

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

<sup>2</sup> Massgebend für den Zeitpunkt der Überprüfung ist das Datum der Aufnahme der ersten Packungsgröße, Dosierung oder galenischen Form eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste.

<sup>142</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010, in Kraft seit 1. Aug. 2010 (AS 2010 3249).

<sup>143</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

<sup>144</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

<sup>145</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Sept. 2007 (AS 2007 4443 4633).

<sup>146</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757).

**Art. 38**      Gebühren

<sup>1</sup> 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.<sup>147</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>148</sup>

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

<sup>4</sup> Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

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

**4. Abschnitt:**<sup>149</sup> **Selbstbehalt bei Arzneimitteln****Art. 38a**<sup>150</sup>

<sup>1</sup> Für Arzneimittel, deren Höchstpreis den Durchschnitt der Höchstpreise des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste um mindestens 20 Prozent übersteigt, beträgt der Selbstbehalt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.

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

<sup>3</sup> Die Festlegung des günstigsten durchschnittlichen Drittels erfolgt auf den 1. November oder bei Aufnahme des ersten Generikums in die Spezialitätenliste.

<sup>4</sup> Senkt die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat oder ein Co-Marketing-Arzneimittel nach Patentablauf den Fabrikabgabepreis in einem Schritt auf das Generikapreisniveau nach Artikel 65c Absatz 2 KVV, so gilt für dieses Arzneimittel

<sup>147</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

<sup>148</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

<sup>149</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Nov. 2005 (AS 2006 23). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 657).

<sup>150</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Febr. 2011, in Kraft seit 1. März 2011 (AS 2011 657). Siehe die UeB Änd. 02.02.2011 am Ende dieses Textes.

in den ersten 24 Monaten seit dieser Preissenkung ein Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.

<sup>5</sup> Verschreibt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

<sup>6</sup> Der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin informiert den Patienten oder die Patientin, wenn in der Spezialitätenliste mindestens ein mit dem Originalpräparat austauschbares Generikum aufgeführt ist.

## **2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung**

### **1. Kapitel:<sup>151</sup> ...**

#### **Art. 39**

## **2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik**

### **Art. 40<sup>152</sup>**

Die nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannten Schulen für Chiropraktik werden in Artikel 1 der Verordnung des EDI vom 20. August 2007<sup>153</sup> über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen bestimmt.

### **3. Kapitel:<sup>154</sup> ...**

#### **Art. 41**

## **4. Kapitel: Laboratorien**

### **Art. 42** Aus- und Weiterbildung

<sup>1</sup> 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.

<sup>151</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

<sup>152</sup> Fassung gemäss Art. 2 der V des EDI vom 20. Aug. 2007 über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen (AS **2007** 4085).

<sup>153</sup> SR **811.115.4**

<sup>154</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS **1999** 2517).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.<sup>155</sup>

<sup>4</sup> ...<sup>156</sup>

**Art. 43**<sup>157</sup> Weitergehende Anforderungen im Bereich der medizinischen Genetik

<sup>1</sup> Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen nur in Laboratorien durchgeführt werden:

- a. 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;
- b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung des BAG zur Durchführung genetischer Untersuchungen beim Menschen verfügen.<sup>158</sup>

<sup>2</sup> 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).<sup>159</sup>

<sup>155</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).

<sup>156</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 4. April 2007 (AS **2007** 1367).

<sup>157</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).

<sup>158</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. April 2007 (AS **2007** 1367).

<sup>159</sup> Siehe die SchlB Änd. 4.4.2007 am Ende dieses Textes.

### 3. Titel: Schlussbestimmungen

#### Art. 44      Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965<sup>160</sup> 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 1965<sup>161</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;
- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965<sup>162</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965<sup>163</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965<sup>164</sup> über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985<sup>165</sup> über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;
- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990<sup>166</sup> über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968<sup>167</sup> über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;
- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989<sup>168</sup> über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988<sup>169</sup> über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

<sup>160</sup> [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

<sup>161</sup> [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

<sup>162</sup> [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

<sup>163</sup> [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

<sup>164</sup> [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

<sup>165</sup> [AS 1986 87]

<sup>166</sup> [AS 1991 519, 1995 891]

<sup>167</sup> [AS 1968 1496, 1986 1487]

<sup>168</sup> [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

<sup>169</sup> [AS 1989 374, 1995 750 3688]

**Art. 45**<sup>170</sup>**Art. 46** Inkrafttreten<sup>171</sup>

<sup>1</sup> Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

<sup>2</sup> ...<sup>172</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>173</sup>

<sup>170</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS **2000** 3088).

<sup>171</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

<sup>172</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996 (AS **1996** 909).

<sup>173</sup> Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996 (AS **1996** 1232).

### **Schlussbestimmung der Änderung vom 17. November 2003<sup>174</sup>**

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») verfügt<sup>175</sup>.

### **Schlussbestimmung der Änderung vom 12. Dezember 2005<sup>176</sup>**

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

### **Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Juli 2006<sup>177</sup>**

<sup>1</sup> Für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. September 2006 erfolgt die Kostenübernahme für die Positron-Emissions-Tomographie (PET) gemäss Anhang 1 Ziffer 9.2 der Fassung vom 9. November 2005<sup>178,179</sup>

<sup>2</sup> Für psychotherapeutische Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung<sup>180</sup> begonnen wurden, werden die Artikel 2 und 3 der Fassung vom 29. September 1995<sup>181</sup> angewendet.

### **Schlussbestimmungen zur Änderung vom 4. April 2007<sup>182</sup>**

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

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

<sup>174</sup> AS 2003 5283

<sup>175</sup> In der AS nicht veröffentlicht. Das Reglement kann beim Bundesamt für Gesundheit eingesehen werden.

<sup>176</sup> AS 2006 21

<sup>177</sup> AS 2006 2957

<sup>178</sup> AS 2006 23

<sup>179</sup> In Kraft seit 1. Juli 2006.

<sup>180</sup> Diese Änd. tritt am 1. Jan. 2007 in Kraft.

<sup>181</sup> AS 1995 4964

<sup>182</sup> AS 2007 1367

**Schlussbestimmungen zur Änderung vom 24. September 2007<sup>183</sup>**

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

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

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

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

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

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

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

<sup>183</sup> AS 2007 4443



**Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. Juni 2010<sup>184</sup>**

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

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

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

**Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 2. Februar 2011<sup>185</sup>**

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

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

<sup>184</sup> AS 2010 3249

<sup>185</sup> AS 2011 657

*Anhang I*<sup>186</sup>  
(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 Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurde und deren Kosten demgemäss übernommen, allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder gar nicht übernommen werden;
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden;
- besonders kostspielige oder schwierige Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von hierfür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

<sup>186</sup> Fassung gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 9. Nov. 2005 (AS **2006** 23).  
Bereinigt gemäss Ziff. II der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS **2006** 5769), vom 28. Juni 2007 (AS **2007** 3581), vom 21. Nov. 2007 (AS **2007** 6839), vom 26. Juni 2008 (AS **2008** 3553), vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493), vom 5. Juni 2009 (AS **2009** 2821), vom 27. Okt. 2009 (AS **2009** 6083), vom 14. Juni 2010 (AS **2010** 2755), Ziff. II der V des EDI vom 16. Aug. 2010 (AS **2010** 3559) und Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 2. Dez. 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2010** 5837).

**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 und Strahlentherapie
  - 10 Komplementärmedizin
  - 11 Rehabilitation
- Alphabetischer Index

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1 Chirurgie</b>			
<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 – perioperative 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	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der «Swiss Study Group for Morbid Obesity» (SMOB) vom 9.11.2010 <sup>187</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011

<sup>187</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Richtlinien der SMOB von 9.11.2010 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB zertifiziert sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
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 der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 <sup>188</sup> und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 <sup>189</sup> . 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/ 1.8.2008
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	1.1.2003

188 SR 810.21

189 SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Herz-Lungentrans- plantation	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
Lebend-Lebertrans- plantation	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin. Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsregister mit jährlichem Bericht an das BAG führen (Monitoring: Anzahl Fälle, Indikation, Verlauf bei Empfängern/Spendern, Gesamtkosten bei Empfängern und Spendern separat).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008 bis 31.12.2011
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentrans- plantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	1.1.2003
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Isolierte Pankreas- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simul- tane Insel- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	1.7.2010

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Insel- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.7.2010
Isolierte Allotrans- plantation der Lan- gerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Autotrans- plantation der Lan- gerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarm- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Hautautograft mit gezüchteten Keratinocyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Haut- transplantate	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäqui- valenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, <i>lege artis</i> durchgeführ- ter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Metho- de bzw. des Produkts gemäss den «Richt- linien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wund- behandlung vom 1. April 2008. Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wund- behandlung zertifiziert sind.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<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
Autologe Chondrozytentransplantation	Nein		1.1.2002/ 1.1.2004
Viskosupplementa- tion zur Arthrose- behandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	<p>Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss.</p> <p>Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.8.2008
Laser-Meniscectomie	Nein		1.1.2006
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen.	3.12.1981
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	<p>Indikationen: ESWL eignet sich:</p> <p>a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des 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.</p>	22.8.1985/ 1.8.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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).	
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskulari- sationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz.	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993
Embolisations-be- handlung bei Varikozele testis			
– mittels Verö- dungs- oder Coil- methode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Hochenergie Trans- urethrale Mikro- wellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalner- ven mit einem implantierbaren Gerät zur Behand- lung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin  An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test).  Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation).  Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalner- ven mit einem implantierbaren Gerät zur Behand- lung der Stuhlinkon- tinenz	Ja	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 peripheren Nerven-Evaluation (PNE- Test).  Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation).  Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.1.2003/ 1.1.2008
Behandlung der überaktiven neuro- genen Blase durch cystoskopische Injektion von Botuli- numtoxin Typ A in die Blasenwand	Nein		1.1.2007/ 1.8.2008
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körper- licher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.8.2007
Hoch intensiver fokussierter Ultra- schall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein		1.7.2009

## 2 Innere Medizin

### 2.1 Allgemein

Ozon-Injektions- therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauer- stofftherapie	Ja	Bei – chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis – Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr	7.3.1974

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– bei Übergewicht und konkomitieren- der Krankheit, welche durch die Ge- wichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	
– durch Amphe- taminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schild- drüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	Nein		7.3.1974
– durch Chorion- Gonadotropin-In- jektionen	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 sonden- freie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Nein		1.7.2002
Parenterale Ernäh- rung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: – 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 behandeln- den Person erfolgen durch ein quali- fiziertes Zentrum oder, nach Rück- sprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entspre- chender Erfahrung.	27.8.1987/ 1.1.2000
Ambulante parente- rale antibiotische Gabe mit Infusions- pumpe	Ja		1.1.1997
Plasmapherese	Ja	Indikationen: – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbeson- dere: – 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"> <li>– Goodpasture-Syndrom</li> <li>– Guillain-Barré-Syndrom.</li> <li>– akute Vergiftungen</li> <li>– familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form</li> </ul> Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	1.1.2007
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation		In den durch die Zertifizierungsstelle der SwissTransplant-Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) qualifizierten Zentren.  Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration. Fourth edition» vom Oktober 2008 <sup>190</sup> .  Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007.  Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.8.2008/ 1.1.2011
– autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Lymphomen</li> <li>– bei akuter lymphatischer Leukämie</li> <li>– bei akuter myeloischer Leukämie</li> <li>– beim multiplen Myelom.</li> </ul>	1.1.1997

<sup>190</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei myelodysplastischen Syndromen</li> <li>– beim Neuroblastom</li> <li>– beim Medulloblastom</li> <li>– bei der chronisch myeloischen Leukämie</li> <li>– beim Mammakarzinom</li> <li>– beim Keimzelltumor</li> <li>– beim Ovarialkarzinom</li> <li>– beim Ewing-Sarkom</li> <li>– bei Weichteilsarkomen</li> <li>– beim Wilms-Tumor</li> <li>– beim Rhabdomyosarkom</li> <li>– bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter.</li> </ul>	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Autoimmunerkrankungen.</li> </ul> Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.  Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>– im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie</li> <li>– im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie</li> <li>– beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen</li> <li>– beim kleinzelligen Bronchuskarzinom</li> <li>– bei kongenitalen Erkrankungen.</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2008
– allogen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei akuter myeloischer Leukämie</li> <li>– bei akuter lymphatischer Leukämie</li> <li>– bei der chronischen myeloischen Leukämie</li> <li>– beim myelodysplastischen Syndrom</li> <li>– bei der aplastischen Anämie</li> <li>– bei Immundefekten und Inborn errors</li> <li>– bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender).</li> </ul>	1.1.1997
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: <ul style="list-style-type: none"> <li>– beim multiplen Myelom</li> <li>– bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie)</li> <li>– beim Nierenzellkarzinom.</li> </ul>	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Gallensteinerztrüm- merung	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.  Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Nein	In Evaluation – beim Mammakarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008
	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
	Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische 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.
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome	1.1.1997
	Nein	In Evaluation Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Polygraphie	Ja	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.	1.7.2002/ 1.1.2006
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
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein	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 spinzellularen Karzinomen.	1.7.2002
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökal- klappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Koloskopie.	1.1.2004/ 1.1.2006



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	
Extrakorporelle Photophorese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Nein	– Bei Graft-Versus-Host-Disease – bei Lungen-Transplantation.	1.1.2009
<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 Herzschrittmacher 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
Fernüberwachung von kardiologischen Patienten und Implantaten	Nein		1.7.2010
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie.  Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurfraction $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf $\geq 130$ Millisekunden  Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
Intrakoronare Brachytherapie	Nein	In Evaluation	1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom-schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexus-fibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	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 Nervenaustrittsrisse), 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, Neuroradiologie).	1.7.2000
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.7.2002
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so verbürgt der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> <li>– Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben</li> <li>– Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen</li> </ul> </li> </ul>	23.8.1984

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> <li>– Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation</li> </ul>	
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 Elektroneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachweis des Vorliegens einer «Herd-epilepsie»</li> <li>– Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden</li> <li>– Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz</li> <li>– Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt</li> </ul>	1.1.1996/ 1.8.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: – Balken- durchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.  Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.  Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Laser-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 Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. – 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>In Evaluation</p> <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"> <li>– Degeneration von maximal 2 Segmenten</li> <li>– minimale Degeneration der Nachbarsegmente</li> <li>– keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS)</li> <li>– keine primäre segmentale Kyphose (HWS)</li> <li>– Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.</li> </ul> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011</p>
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESIS)	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Allgemeinnarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen)	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	1.7.2010
<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
<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



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.8.2007
Low-dose-rate-Bra- chytherapie	Ja	In Evaluation Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn- Abflussstörungen. Qualifiziertes Zentrum mit enger interdis- ziplinärer Kooperation zwischen Fach- ärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 bis 31.12.2013
Multigen Test beim Mammakarzinom (Breast Cancer Assay)	Nein		1.1.2011
<b>3 Gynäkologie, Geburtshilfe</b>			
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 vor- aussichtlich bleibenden krankhaften Zu- standes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder	11.12.1980

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie</b>			
Ambulante multi-professionelle Therapieprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	In Evaluation 1. Therapieindikation: a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.  Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19.12.2006. 2. Programme: a. multiprofessioneller Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13.4.2007; b. ärztlich geleitete Gruppenprogramme, zertifiziert durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj. 3. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik: a. Behandlungen im Rahmen des Evaluationsprojektes der SGP und des akj; b. für Behandlungen im Rahmen dieses Evaluationsprojektes wird eine pauschale Vergütung vereinbart.	1.1.2008/ 1.7.2009 bis 31.12.2013
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonografie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
<b>5 Dermatologie</b>			
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
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.7.2009

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>6 Ophthalmologie</b>			
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
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In Evaluation Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen. Führung eines einheitlichen Evaluations- registers mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009 bis 31.12.2011
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2008
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation von Tränenangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	– Unter Durchleuchtungskontrolle – Mit oder ohne Stent-Einlage – Ausführung durch interventionelle Radiologen oder Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung.	1.1.2006/ 1.1.2008
Scanning-Laser- Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff – Indikationsstellung für Behandlungen der Retina  Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durch- geführt werden soll.	1.1.2004/ 1.8.2008
UV-Crosslinking der Hornhaut bei Keratokonus	Nein		1.8.2008
Keratokonusbearbeitung mittels intra- stromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinse- nunverträglichkeit besteht.  Durchführung an A-, B- und C-Zentren/ Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.8.2007
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2010
<b>7 Oto-Rhino-Laryngologie</b>			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durch- geführt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschall-vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
Lasieranwendung 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 Vertrauens- ärztin. 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 Hörgerä- tes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkran- kungen und Missbildungen von Mit- telohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgi- schen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Kno- chenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996
Implantation des Mittel-Ohrimplantat- systems Typ «Vibrant Sound- bridge» zur Behand- lung einer Innenohr- schwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologi- schen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidi- vierender 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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>8 Psychiatrie</b>			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bei der methadongestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Okt. 2009;</li> <li>b. Bei der buprenorphingestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Okt. 2009;</li> <li>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.</li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ärztliche Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010



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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein	In Evaluation	1.1.1998
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980

## 9 Radiologie

### 9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie			
– mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma</li> <li>– bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus</li> <li>– gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption [z.B. bei HIV], Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)</li> <li>– primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht)</li> <li>– Osteogenesis imperfecta.</li> </ul>	1.3.1995
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.1.1999/ 1.7.2010
			1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochenformationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2008

### 9.2 *Andere bildgebende Verfahren*

Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011
		1. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 <sup>191</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	
		2. Bei folgenden Indikationen:	
		a. in der Kardiologie:	
		– präoperativ vor einer Herztransplantation.	
		b. in der Onkologie:	
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 7. April 2008 <sup>192</sup> zu FDG-PET.	
	Nein	Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG) bei folgenden Indikationen:	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011
		a. in der Kardiologie:	
		– bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG)	

<sup>191</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>192</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikro-zirkulationsstörung.</li> <li>b. in der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie</li> <li>– Abklärung von Demenzen</li> <li>– bei therapieresistenter fokaler Epilepsie.</li> </ul> </li> </ul> <p>Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)</p>	
Magnet- Enzephalographie	Nein	In Evaluation	1.7.2002
<i>9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</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.  Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen bzw. jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist.  Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome)	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011 bis 31.12.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome)</li> <li>– Tumore bei Kindern und Jugendlichen.</li> </ul>	
		Durchführung am Paul Scherrer-Institut Villigen	
		Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik	
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	Ja	Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Akustikusneurinome</li> <li>– Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen</li> <li>– nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome</li> <li>– arterio-venöse Missbildungen</li> <li>– Meningeome</li> </ul>	1.1.1996
	Nein	In Evaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei funktionellen Störungen</li> </ul>	1.1.1996
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm<sup>3</sup> 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</li> <li>– bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm<sup>3</sup> bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm<sup>3</sup> 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</li> <li>– bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm<sup>3</sup> bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.8.2008
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapierefraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokal-ablative Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben.	1.7.2010

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	In Evaluation Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011 bis 31.12.2012
<b>10 Komplementärmedizin</b>			
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
<b>11 Rehabilitation</b>			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhtes kardiales Risiko</li> <li>– verminderte Leistung des Myokards</li> <li>– Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.).</li> </ul> <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> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie vom 29. März 2001.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 7. März 2009.</p>	1.7.2009/ 1.1.2010
	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>– Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> </ul>	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).</li> </ul>	
	Ja	In Evaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.</li> </ul>	1.7.2009 bis 31.12.2012
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.  <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>– Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).</li> </ul> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie vom 29. März 2001.</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 7. März 2009.</p> <p>Die Rehabilitation erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann in folgenden Situationen stationär durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhtes kardiales Risiko</li> <li>– verminderte Leistung des Myokards</li> <li>– Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.).</li> </ul> <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> <p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenerkrankheiten.</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<sup>193</sup>  
(Art. 20)

## Mittel- und Gegenstände-Liste

<sup>193</sup> In der AS nicht veröffentlicht. Die Änderung kann beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter folgender Internetadresse eingesehen werden: <http://www.bag.admin.ch> > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise (siehe AS **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837).

*Anhang* 3<sup>194</sup>  
(Art. 28)

## **Analysenliste**

<sup>194</sup> In der AS nicht veröffentlicht. Die Änderung kann beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter folgender Internetadresse eingesehen werden: <http://www.bag.admin.ch> > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preis (siehe AS **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837).

*Anhang* 4<sup>195</sup>  
(Art. 29)

## **Arzneimittelliste mit Tarif**

<sup>195</sup> In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (siehe AS **2005** 2875).