

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

vom 29. September 1995 (Stand am 9. Juli 2019)

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI),

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

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel:

Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen⁴

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1⁵

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

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

AS 1995 4964

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

² SR 832.102

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

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

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

2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

Art. 2⁶ Grundsatz

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

² Psychotherapie ist eine Form der Therapie, die:

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

Art. 3⁷ Kostenübernahme

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

Art. 3a⁸

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

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

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

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

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

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

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

- c. einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, Setting und voraussichtlicher Dauer.
- 2 Der Bericht darf nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.
- 3 Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.¹⁰
- 4 Der Versicherer teilt der versicherten Person mit Kopie an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang des Berichts beim Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin mit, ob und für welche Dauer die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

2a. Abschnitt: Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen¹¹

Art. 3c¹²

- ¹ Wird ein elektiver Eingriff nach Anhang 1a Ziffer I stationär durchgeführt, so übernimmt die Versicherung die Kosten für die Durchführung des Eingriffs nur, wenn eine ambulante Durchführung wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist.
- ² Eine ambulante Durchführung ist wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich, wenn eines der Kriterien nach Anhang 1a Ziffer II erfüllt ist.
- ³ Bei anderen Umständen als denjenigen nach den Kriterien nach Anhang 1a Ziffer II ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen. Dieser berücksichtigt dabei die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

Art. 3d¹³

- ¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
- ¹¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 7. Juni 2018, in Kraft seit 1. Juli 2018 (AS **2018** 2361).
- ¹² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 7. Juni 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 2361). Die Berichtigung vom 24. Juli 2018 betrifft nur den französischen Text (AS **2018** 2837).
- ¹³ 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).

3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Art. 4

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:¹⁴

- a.¹⁵ Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet;
- b.¹⁶ Arzneimittel:
 - pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste:¹⁷
 1. 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte),
 - 2.¹⁸ 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Mittel zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut),
 3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine), 7.07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen),
 - 4.¹⁹ 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.20 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Mitteln zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen),
 5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);
- c.²⁰ Mittel und Gegenstände:
 1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen,
 2. Produkte der Gruppe 09.02.01 Transkutane elektrische Nervenstimulationsgeräte (TENS),

¹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).

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

¹⁷ Fassung gemäss Anhang 6 Ziff. II 5 der Arzneimittelverordnung vom 21. Sept. 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS **2018** 3577).

¹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS **2013** 1925).

3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel,
 4. Produkte der Gruppe 23. Orthesen,
 - 5.²¹ Produkte der Gruppen 34 und 35. Verbandmaterial;
- d.²² Bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes,
 2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten,
 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsen skelettes und der peripheren Gelenke,
 4. Diagnostischer Ultraschall,
 5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie;
- e.²³ physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

4. Abschnitt:²⁴ Pharmazeutische Leistungen

Art. 4a

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

- a. Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;
- b. Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;
- c. Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;
- d. ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

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

²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Nov. 2017, in Kraft seit 1. April 2018 (AS 2017 7151).

²² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS 2013 1925).

²³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

²⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

5. Abschnitt:²⁵ Ärztliche komplementärmedizinische Leistungen

Art. 4b

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

- a. Akupunktur: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA) des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) vom 1. Juli 2015²⁶ entspricht;
- b. anthroposophische Medizin: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) des SIWF vom 1. Januar 1999, revidiert am 16. Juni 2016²⁷, entspricht;
- c. Arzneimitteltherapie der traditionellen chinesischen Medizin (TCM): sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA) des SIWF vom 1. Juli 2015²⁸ entspricht;
- d. klassische Homöopathie: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Homöopathie (SVHA) des SIWF vom 1. Januar 1999, revidiert am 10. September 2015²⁹, entspricht;
- e. Phytotherapie: sofern der Arzt oder die Ärztin über eine Weiterbildung verfügt, die dem Fähigkeitsprogramm Phytotherapie (SMGP) des SIWF vom 1. Juli 2011, revidiert am 5. November 2015³⁰ entspricht.

2. Kapitel:

Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

1. Abschnitt: Physiotherapie

Art. 5

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

²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Aug. 2017 (AS 2017 3689).

²⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:³¹

- 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,
 - 10.³² Beckenboden-Physiotherapie;
- c. Physikalische Massnahmen:
 1. Wärme- und Kältetherapie,
 2. Elektrotherapie,
 3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
 4. Ultraschall,
 5. Hydrotherapie,
 6. Muskel- und Bindegewebsmassage.³³

¹bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.³⁴

¹ter 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.³⁵

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.³⁶

³¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

³² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 6083).

³³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

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

³⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS 2009 2821).

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

⁴ Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.³⁷

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959³⁸ über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.³⁹

2. Abschnitt: Ergotherapie

Art. 6

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

- a. der versicherten Person bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen oder
- b.⁴⁰ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.⁴¹

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

⁴ Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und

³⁷ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

³⁸ SR **831.20**

³⁹ 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).

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1997** 564).

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.⁴²

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959⁴³ über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.⁴⁴

3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim⁴⁵

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

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

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994⁴⁶, KVG).⁴⁷

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a.⁴⁸ Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:⁴⁹
 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 Krankheits-

⁴² Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁴³ SR 831.20

⁴⁴ 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).

⁴⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁴⁶ SR 832.10

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

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

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

- symptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,
- 3.⁵⁰ Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:
1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O²-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
 - 7.⁵¹ Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
 9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruis-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 Fangpackungen,
 - 13.⁵² pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
 - 14.⁵³ 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, Mobi-

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁵² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁵³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

lisieren; 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,

- 2.⁵⁴ 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.

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

- a. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.
- b. Die Abklärung, ob Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben b Ziffern 13 und 14 und c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.⁵⁵

2^{ter} Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.⁵⁶

³ Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.⁵⁷

Art. 7a⁵⁸ Beiträge

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

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 79.80 Franken;

⁵⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

⁵⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

⁵⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁵⁷ 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).

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

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

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

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

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

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

Art. 7b⁵⁹ Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

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

² Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG⁶⁰.

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

⁶⁰ SR 832.10

Art. 8⁶¹ Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.⁶²

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

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

^{3bis} Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.⁶³

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.⁶⁴

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

⁶ Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate;
- c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.⁶⁵

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

⁶¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

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

⁶³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

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

⁶⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.⁶⁶

⁷ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.⁶⁷

Art. 8a⁶⁸ Kontroll- und Schlichtungsverfahren

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

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

³ Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG⁶⁹) 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. 9⁷⁰ Abrechnung

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

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

Art. 9a⁷¹

⁶⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁶⁸ 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).

⁶⁹ SR 832.10

⁷⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

⁷¹ 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).

3a. Abschnitt:⁷² Ernährungsberatung

Art. 9b⁷³

¹ Der Ernährungsberater, die Ernährungsberaterin oder die Organisation der Ernährungsberatung im Sinne der Artikel 46, 50a und 52b KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:⁷⁴

- a.⁷⁵ Stoffwechselkrankheiten;
- b.⁷⁶ Adipositas (Body-Mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- b^{bis}.⁷⁷ Adipositas und Übergewicht im Rahmen der «ambulanten individuellen multiprofessionellen strukturierten Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche» nach Anhang 1 Ziffer 4;
- c. Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- d. Krankheiten des Verdauungssystems;
- e. Nierenerkrankungen;
- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- g. Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

² Die Krankenversicherung übernimmt höchstens sechs vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeordnete Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, so kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden.⁷⁸

³ Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin richten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherten vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll.⁷⁹

⁷² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1997 564).

⁷³ Ursprünglich Art. 9a.

⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 5829).

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2012 5829).

⁷⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 6. Dez. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS 2013 5329).

⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

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

3b. Abschnitt:⁸⁰ Diabetesberatung

Art. 9c

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

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung;
- b. von einer nach Artikel 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.⁸¹

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

³ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zehn Sitzungen. Soll die Diabetes-Beratung nach zehn Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Beratung zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.⁸²

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

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

Der Logopäde, die Logopädin oder die Organisation der Logopädie führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:⁸³

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

⁸⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 5401).

⁸² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁸³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

- 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

¹ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.⁸⁴

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

³ Soll die logopädische Therapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.⁸⁵

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

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

5. Abschnitt:⁸⁶ Neuropsychologie

Art. 11a

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

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

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

⁸⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

⁸⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2016 4933).

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12⁸⁷ Grundsatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG⁸⁸):

- 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. 12a⁸⁹ Prophylaktische Impfungen

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

Massnahme	Voraussetzung
a. ⁹⁰ Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2019» (Impfplan 2019) ⁹¹ des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
b. ⁹² Haemophilus-Influenzae-Impfung	Gemäss Impfplan 2019 bei Kindern bis zum vollendeten 5. Altersjahr.

⁸⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

⁸⁸ SR 832.10

⁸⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007 (AS 2007 6839). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS 2013 1925).

⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Jan. 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 439).

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

⁹² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

Massnahme	Voraussetzung
c. ⁹³ Impfung gegen Influenza	<ol style="list-style-type: none"> Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Impfplan 2019. 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 2005⁹⁴). <p>Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p>
d. ⁹⁵ Hepatitis-B-Impfung	<p>Gemäss Impfplan 2019.</p> <p>Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>
e. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.
f. ⁹⁶ Pneumokokken-Impfung	Gemäss Impfplan 2019 bei Kindern bis zum vollendeten 5. Altersjahr.
g. ⁹⁷ Meningokokken-Impfung	<p>Gemäss Impfplan 2019.</p> <p>Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen.</p> <p>Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>
h. ⁹⁸ Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss Impfplan 2019.

⁹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

⁹⁴ [AS **2005** 2137, **2007** 2941, **2011** 5227 Ziff. I 2.9. AS **2015** 1463 Art. 107 Nr. 2]. Siehe heute die Epidemienverordnung vom 29. April 2015 (SR **818.101.1**).

⁹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

⁹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

⁹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

Massnahme	Voraussetzung
i. ⁹⁹ Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Gemäss Impfplan 2019. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
j. ¹⁰⁰ Varizellen-Impfung	Gemäss Impfplan 2019.
k. ¹⁰¹ Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gemäss Impfplan 2019: <ol style="list-style-type: none"> a. Basisimpfung der Mädchen zwischen dem vollendeten 11. und dem vollendeten 15. Altersjahr; b. Impfung der Mädchen und Frauen zwischen dem vollendeten 15. und dem vollendeten 27. Altersjahr; c. ergänzende Impfung bei Knaben und Männern zwischen dem vollendeten 11. und dem vollendeten 27. Altersjahr. 2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen: <ol style="list-style-type: none"> a. Die Information der Zielgruppen und von deren Eltern/gesetzlicher Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF nach Ziffer 1 ist sichergestellt. b. Die Vollständigkeit der Impfung wird angestrebt. c. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärzte und Ärztinnen und der Krankenversicherer sind definiert. d. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt. 3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale

⁹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

¹⁰⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

¹⁰¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

Massnahme	Voraussetzung
	Vergütung vereinbart.
	4. Die Kostenübernahme des nonavalenten Impfstoffes ist in Evaluation, befristet bis 31. Dezember 2022.
l. ¹⁰² Hepatitis-A-Impfung	Gemäss Impfplan 2019. Bei folgenden Personen: – bei Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Lebererkrankung, – bei Kindern aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren, – bei drogeninjizierenden Personen, – bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern ausserhalb einer stabilen Beziehung. Postexpositionelle Impfung innerhalb von sieben Tagen nach Exposition. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
m. Impfung gegen Tollwut	Postexpositionelle Impfung nach Biss durch ein tollwütiges oder tollwutverdächtiges Tier. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

Art. 12b¹⁰³ 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.

¹⁰² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

¹⁰³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

Massnahme	Voraussetzung
c. ¹⁰⁴ HIV-Postexpositionsprophylaxe	Gemäss den Empfehlungen des BAG vom 24. November 2014 (BAG-Bulletin Nr. 48, 2014) ¹⁰⁵ . Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
d. ¹⁰⁶ Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen «Postexpositionelle passive Immunisierung» vom Oktober 2004) ¹⁰⁷ . Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
e. ¹⁰⁸ Prophylaktische Mastektomie und / oder Adnexektomie	Bei Trägerinnen von Mutationen oder Deletionen im BRCA1- oder BRCA2-Gen

Art. 12c¹⁰⁹ Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes

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

Massnahme	Voraussetzung
a. ¹¹⁰ Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	Gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie herausgegebenen Checklisten Vorsorgeuntersuchungen, 4. Auflage, 2011 ¹¹¹ . Die Kostenübernahme erfolgt für höchstens acht Untersuchungen.

¹⁰⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009 (AS 2009 2821). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 4393).

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

¹⁰⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009 (AS 2009 2821). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 31. Mai 2011, in Kraft seit 1. Juli 2011 (AS 2011 2669).

¹⁰⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹⁰⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011 (AS 2011 6487). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 12. Juni 2012, in Kraft seit 1. Juli 2012 (AS 2012 3553).

¹⁰⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 25. Nov. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4639).

¹¹¹ Die Checklisten sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Art. 12d¹¹² Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen

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

Massnahme	Voraussetzung
a. ¹¹³ HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter. Bei den übrigen Personen gemäss der Richtlinie «Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin bei bestimmten Krankheitsbildern (HIV-Indikatorerkrankungen)» des BAG vom 18. Mai 2015 ¹¹⁴ .
b. ¹¹⁵ Koloskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
c. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
d. ¹¹⁶ Digitale Mammografie, Mamma-MRI	1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung gemäss BAG-Referenzdokument «Risikoabschätzung» (Stand 02/2015) ¹¹⁷ . Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie «stark erhöhtes Risiko» ist eine genetische Beratung nach Buchstabe f. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument «Überwachungsprotokoll» (Stand 02/2015) ¹¹⁸ . Nach einem umfassenden

¹¹² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Jan. 2019, in Kraft seit 1. März 2019 (AS 2019 439).

¹¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹¹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹¹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS 2017 7151).

¹¹⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

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

Massnahme	Voraussetzung
	<p>Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss.</p> <p>2. Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein zertifiziertes Brustzentrum, das die Anforderungen nach den «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren» der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015¹¹⁹, nach den Empfehlungen «The requirements of a specialist Breast Centre» der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), veröffentlicht am 19. August 2013¹²⁰, oder nach den Kriterien im «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016¹²¹ erfüllt.</p> <p>Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem anderen Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>e. In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie</p> <p>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.</p>

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

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

¹²¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahme	Voraussetzung
f. ¹²² 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>In einem Zentrum, das von der «European Malignant Hyperthermia Group» anerkannt ist.</p> <p>Bei Patienten und Patientinnen und Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom – Polyposis Coli/attenuierter Form der Polyposis Coli – hereditärem Colonicarcinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC) – Retinoblastom <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen medizinische Genetik oder Mitglieder des «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin medizinische Genetik erbringen können.</p>
g. ¹²³ Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine akute hepatische Porphyrie (akut-intermittierende Porphyrie, Porphyria variegata oder hereditäre Koproporphyrinurie)	Bei Familienangehörigen von Personen mit symptomatischer nachgewiesener Erkrankung, die ein Risiko von mindestens 12,5 % aufweisen, diese genetische Krankheit zu erben

² Wird für die Zuordnung zu einer Risikogruppe ein bestimmter Grad der Verwandtschaft mit einer oder mehreren erkrankten Personen vorausgesetzt, so ist dieser

¹²² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

¹²³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Juni 2016, in Kraft seit 1. Aug. 2016 (AS 2016 2537).

Verwandtschaftsgrad aufgrund anamnestischer Angaben im medizinisch-biologischen Sinne zu ermitteln.¹²⁴

Art. 12e¹²⁵ 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. ¹²⁶ Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitales Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose, Glutarazidurie Typ 1, Ahornsirupkrankheit, schwere angeborene Immundefekte.	Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
b. ¹²⁷ 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. ¹²⁸ Screening-Mammografie	Ab dem vollendeten 50. Lebensjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 ¹²⁹ über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.

¹²⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015 (AS 2015 2197).

¹²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 6839).

¹²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 5085)

¹²⁷ Die Berichtigung vom 19. Juni 2018 betrifft nur den französischen und italienischen Text (AS 2018 2419).

¹²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5125).

¹²⁹ SR 832.102.4

Massnahme	Voraussetzung
d. ¹³⁰ Früherkennung des Kolonkarzinoms	<p>Im Alter von 50 bis 69 Jahren.</p> <p>Untersuchungsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder – Koloskopie, alle 10 Jahre. <p>Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, Uri oder Waadt, Wallis oder im Verwaltungskreis Berner Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.</p>

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG¹³¹):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. ¹³² In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erstkonsultation</i>: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung, Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). – <i>Weitere Konsultationen</i>: Kontrolle des Allgemeinzustandes, insbesondere von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). Umfassende Beratung in

¹³⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013 (AS 2013 1925). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

¹³¹ SR 832.10

¹³² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 25. Nov. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4639).

Massnahme	Voraussetzung
	Zusammenhang mit der Schwangerschaft, namentlich zu aufgetretenen Schwangerschaftsbeschwerden.
	– Falls die Kontrollen ausschliesslich durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden, weisen diese die Versicherte darauf hin, dass im zweiten Trimenon der Schwangerschaft ein Beratungsgespräch mit der Hebamme nach Artikel 14 sinnvoll ist.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b. ¹³³ Ultraschallkontrollen	
1. ¹³⁴ In der normalen Schwangerschaft eine Routineuntersuchung in der 12.–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), Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage (2011) ¹³⁵ . 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).
b ^{bis} . ¹³⁶ Ersttrimestertest	Pränatale Abklärung des Risikos von Trisomie 21, 18 und 13: anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12.–14. Woche), der Bestimmung von PAPP-A und freiem β -HCG im mütterlichen Blut und weiterer

¹³³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS 2008 3553).

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

¹³⁵ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹³⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015 (AS 2015 2197). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5125).

Massnahme	Voraussetzung
bter, ¹³⁸ Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p>mütterlicher und fötaler Faktoren.</p> <p>Nach einer Information nach Artikel 16 und der Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004¹³⁷ über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG).</p> <p>Anordnung nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM und Zusatz-zertifizierung für die Nackentransparenz-Messung.</p> <p>Messung der Nackentransparenz nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p> <p>Zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 14. März 2018¹³⁹ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomater-nale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p> <p>Bei Zwillingsschwangerschaften sind NIPT mittels Microarray oder Single Nucleotide Polymorphism (SNP) von der Kostenübernahme durch die Versicherung ausgeschlossen.</p>

¹³⁷ SR **810.12**

¹³⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015 (AS **2015** 2197). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Jan. 2019, in Kraft seit 1. März 2019 (AS **2019** 439).

¹³⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahme	Voraussetzung
	<p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.</p>
	<p>Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.</p>
	<p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p>
	<p>Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.</p>
c. ¹⁴⁰ Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokografie	<p>Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.</p>
d. ¹⁴¹ Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese	<p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> –¹⁴² Zur Bestätigung eines positiven Befundes bei Schwangeren, bei denen aufgrund des nicht-invasiven pränatalen genetischen Tests (NIPT) ein hochgradiger Verdacht oder aufgrund des Ersttrimestertests ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt; – bei Schwangeren, bei denen aufgrund des Ultraschallbefundes, der Familienanamnese oder aus einem andern Grund ein Risiko von 1:380 oder höher

¹⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS 2008 3553).

¹⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015, in Kraft seit 15. Juli 2015 (AS 2015 2197).

¹⁴² Die Berichtigung im französischen vom 15. Sept. 2015 betrifft nur den französischen Text (AS 2015 3147).

Massnahme	Voraussetzung
	<p>besteht, dass beim Fötus eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt;</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Gefährdung des Fötus durch eine Schwangerschaftskomplikation, eine Erkrankung der Mutter oder eine nicht genetisch bedingte Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Fötus. <p>Anordnung für genetische Untersuchungen nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte oder Fachärztinnen für Medizinische Genetik oder Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL)</p>
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.
f. ¹⁴³ Kontrolle nach Fehlgeburt	<p>Nach Fehlgeburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Zwischenanamnese, gynäkologischer und klinischer Status, Beratung; Laboranalysen und Ultraschalluntersuchung nach klinischem Ermessen. Ultraschalluntersuchung nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall (SGUM).</p>

Art. 14¹⁴⁴ Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 150 Franken:

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

¹⁴³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

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

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

Art. 15 Stillberatung

¹ Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹⁴⁵) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.¹⁴⁶

² Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16¹⁴⁷ Leistungen der Hebammen

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

- a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen sieben Kontrolluntersuchungen durchführen; sie weist die Versicherte darauf hin, dass ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
 2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme oder die Organisation der Hebammen mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen; bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung.

^{abis}¹⁴⁸ Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustands der Versicherten nach einer Fehlgeburt oder einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche, wie folgt:

1. Nach der Fehlgeburt oder dem Schwangerschaftsabbruch kann die Hebamme oder die Organisation höchstens 10 Hausbesuche durchführen.
 2. Für zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.
- b. die Leistungen nach den Artikeln 13 Buchstaben c und e, 14 und 15;
 - c. Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind sowie zur Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter in der Pflege und Ernährung des Kindes wie folgt:

¹⁴⁵ SR 832.10

¹⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

¹⁴⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

¹⁴⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS 2019 1931).

1. In den 56 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einer Sectio höchstens 16 Hausbesuche durchführen; in allen übrigen Fällen kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen.
2. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen zusätzlich zu den Hausbesuchen nach Ziffer 1 höchstens 5 weitere Zweitbesuche am gleichen Tag durchführen.
3. Für Hausbesuche, die in den 56 Tagen nach der Geburt zusätzlich zu den Hausbesuchen nach den Ziffern 1 und 2 oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden sollen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.

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

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

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG¹⁴⁹). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht:

- a. Erkrankungen der Zähne:
 1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
 2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste);
- b. Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):
 1. Präpubertäre Parodontitis,
 2. Juvenile, progressive Parodontitis,
 3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;
- c. Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:
 1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
 2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
 3. Osteopathien der Kiefer,

4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
 1. Kiefergelenksarthrose,
 2. Ankylose,
 3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
 1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
 2. Mund-Antrumfistel;
- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
 1. Schlafapnoesyndrom,
 2. Schwere Störungen des Schluckens,
 3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

Art. 18 Allgemeinerkrankungen¹⁵⁰

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG¹⁵¹):

- a.¹⁵² 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,

¹⁵⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁵¹ SR 832.10

¹⁵² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

5. Sklerodermie,
 6. AIDS,
 7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;
- d. Speicheldrüsenerkrankungen;
- e.¹⁵³ ...

² Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.¹⁵⁴

Art. 19¹⁵⁵ Zahnärztliche Behandlungen¹⁵⁶

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG¹⁵⁷):

- a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;
- b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;
- c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d. bei Endokarditis;
- e.¹⁵⁸ bei Schlafapnoe-Syndrom.

Art. 19a¹⁵⁹ Geburtsgebrechen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:¹⁶⁰

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG¹⁶¹, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

¹⁵³ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, mit Wirkung seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁵⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Nov. 2017, in Kraft seit 1. Jan. 2018 (AS 2017 7151).

¹⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

¹⁵⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹⁵⁷ SR 832.10

¹⁵⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

¹⁵⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS 1997 564).

¹⁶⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

² Geburtsgebrechen im Sinne von Absatz 1 sind:

1. *Dysplasia ectodermalis*;
2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (*Epidermolysis bullosa hereditaria*, *Acrodermatitis enteropathica* und *Pemphigus benignus familiaris chronicus*);
3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, *Dysplasia epiphysaria multiplex*);
4. Angeborene Dysostosen;
5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;
6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;
7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. *Arthromyodysplasia congenita* (Arthrogyrosis);
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;
- 16.¹⁶² *Proboscis lateralis*;
- 17.¹⁶³ 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:

¹⁶¹ SR **832.10**

¹⁶² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1998** 2923).

¹⁶³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1998** 2923).

- die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
 - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. *Mordex apertus congenitus*, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
- Mordex clausus congenitus*, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (beziehungsweise von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
22. *Prognathia inferior congenita*, sofern:
- die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens –1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
 - eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;
23. Epulis des Neugeborenen;
24. Choanalatresie;
25. Glossoschisis;
26. Makro- und *Microglossia congenita*, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
- 28.¹⁶⁴ Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
- 28a.¹⁶⁵ 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

¹⁶⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 2150).

¹⁶⁵ 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).

- 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-Sche-Krankheit);
 34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (*Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyelia, Meningocele, Megalencephalie, 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, *Analgnesia congenita*);
 36. Angeborene Epilepsie;
 37. Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch);
 38. Kongenitale Paralysen und Paresen;
 39. *Ptosis palpebrae congenita*;
 40. Aplasie der Tränenwege;
 41. *Anophthalmus*;
 42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
 43. *Atresia auris congenita* inklusive Anotie und Microtie;
 44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
 45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoproteinstoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
 46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive 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. 20¹⁶⁶ Grundsatz

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

Art. 20a¹⁶⁷ Liste der Mittel und Gegenstände

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

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden oder von Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG¹⁶⁸ im Rahmen ihrer Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwendet werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Die Vergütung wird mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

³ Die Mittel- und Gegenständeliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des BAG publiziert¹⁶⁹. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.^{170 171}

¹⁶⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

¹⁶⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS 2007 3581).

¹⁶⁸ SR 832.10

¹⁶⁹ www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

¹⁷⁰ Die Liste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.

¹⁷¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

Art. 21¹⁷² 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.

Art. 24 Vergütung

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

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

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

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

¹⁷² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2007 3581).

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

Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badekuren

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

Art. 26 Beitrag an die Transportkosten

¹ Die Versicherung übernimmt 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen.

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

Art. 27 Beitrag an die Rettungskosten

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

8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 28

¹ Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG¹⁷³ vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.¹⁷⁴

² Die Analysenliste wird in der AS und in der SR nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des Bundesamtes für Gesundheit publiziert¹⁷⁵. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.^{176 177}

¹⁷³ SR **832.10**

¹⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2546).

¹⁷⁵ www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL)

¹⁷⁶ Die Liste kann beim BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.

¹⁷⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29¹⁷⁸

¹ Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG¹⁷⁹ gehört unter dem Titel Arzneimittelliste mit Tarif (abgekürzt «ALT») als Anhang 4 zu dieser Verordnung.

² Die Arzneimittelliste mit Tarif wird in der AS und in der SR des Bundesrechts nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden.¹⁸⁰

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

¹ Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:¹⁸¹

- a.¹⁸² seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;
- b.¹⁸³ die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) vorliegt.

² ...¹⁸⁴

Art. 30a¹⁸⁵ Aufnahmegesuch

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

- a.¹⁸⁶ für Gesuche nach Artikel 31 Absatz 1 Buchstaben a und c: die Voranzeige der Swissmedic mit deren Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen, sowie, falls diese vorliegen, die Zulassungsverfügung und die Zulassungsbescheinigung von Swissmedic sowie die definitive Fachinformation;

¹⁷⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

¹⁷⁹ SR **832.10**

¹⁸⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

¹⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

¹⁸² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

¹⁸³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

¹⁸⁴ Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001, mit Wirkung seit 1. Jan. 2002 (AS **2001** 3397).

¹⁸⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
Siehe auch die UeB Änd. 21.3.2012 am Schluss dieses Textes.

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

- a^{bis}.¹⁸⁷ für Gesuche nach Artikel 31 Absatz 2: die Zulassungsverfügung und die Zulassungsbescheinigung von Swissmedic sowie die definitive Fachinformation;
- b. die der Swissmedic eingereichte Fachinformation;
- b^{bis}.¹⁸⁸ bei Originalpräparaten mit Patentschutz: die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdaten;
- c.¹⁸⁹ falls das Arzneimittel im Ausland bereits zugelassen ist: die genehmigten Indikationen im Ausland;
- d. die der Swissmedic eingereichte Zusammenfassung der klinischen Dokumentation;
- e. die wichtigsten klinischen Studien;
- f.¹⁹⁰ die Fabrikabgabepreise in allen Vergleichsländern nach Artikel 34a^{bis} Absatz 1;
- g.¹⁹¹ ...

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

Art. 31¹⁹² Aufnahmeverfahren

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

- a.¹⁹³ Gesuche um Aufnahme von Originalpräparaten in die Spezialitätenliste;
- b. Gesuche um Preiserhöhungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV;
- c. Gesuche und die Folgen von Meldungen nach Artikel 65f KVV.

² Es entscheidet ohne Konsultation der EAK über:

¹⁸⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁸⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1757).

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

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

¹⁹¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, mit Wirkung seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1357).

¹⁹² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

¹⁹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

- a.¹⁹⁴ Gesuche um Aufnahme neuer galenischer Formen von bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln, innerhalb der bestehenden Indikationen;
- a^{bis}.¹⁹⁵ Gesuche um Aufnahme neuer Packungsgrössen oder Dosisstärken von bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln, innerhalb der bestehenden Indikationen;
- b. Gesuche um Aufnahme von Arzneimitteln, die nach Artikel 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000¹⁹⁶ bei der Swissmedic zweitemgemeldet wurden und deren Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist;
- c. Gesuche um Aufnahme von Co-Marketing-Arzneimitteln, deren Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist.

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

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

Art. 31a¹⁹⁷ Beschleunigtes Aufnahmeverfahren

¹ Hat die Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 7 der Arzneimittelverordnung vom 21. September 2018¹⁹⁸ bewilligt, so führt das BAG ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren durch.

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

Art. 31b¹⁹⁹ Dauer des Verfahrens zur Aufnahme in die Spezialitätenliste

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

¹⁹⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁹⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

¹⁹⁶ SR 812.21

¹⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

¹⁹⁸ SR 812.212.21. Der Verweis wurde in Anwendung von Art. 12 Abs. 2 des Publikationsgesetzes vom 18. Juni 2004 (SR 170.512) auf den 1. Jan. 2019 angepasst.

¹⁹⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

Art. 32²⁰⁰ Wirksamkeit

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

Art. 33²⁰¹ Zweckmässigkeit

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

² Das BAG stützt sich für die Beurteilung der Zweckmässigkeit auf die Unterlagen, die für die Zulassung durch die Swissmedic massgebend waren. Es kann weitere Unterlagen verlangen.²⁰²

Art. 34²⁰³**Art. 34a**²⁰⁴ Aufnahme neuer Packungsgrössen oder Dosisstärken

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

Art. 34a^{bis 205} Auslandpreisvergleich: Referenzländer und Gegenstand des Vergleichs

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

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

²⁰⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

²⁰¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

²⁰² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS 2002 3013).

²⁰³ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Okt. 2015 (AS 2015 4189). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰⁵ Ursprünglich: Art. 34a. Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS 2015 1359).

renzland hat. Als gleiche Arzneimittel gelten Originalpräparate mit gleichem Wirkstoff und derselben Darreichungsform.

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

Art. 34b²⁰⁶ Auslandpreisvergleich: Grosshandelsmargen und Herstellerrabatt

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

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

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

- a. bei Originalpräparaten: 7 Prozent abzüglich der Umsatzsteuer;
- b. bei Generika und Originalpräparaten, deren Patentschutz abgelaufen ist: 16 Prozent abzüglich der Umsatzsteuer.²⁰⁷

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

Art. 34c²⁰⁸ Auslandpreisvergleich: Berechnung und Meldung des Fabrikabgabepreises der Referenzländer

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

²⁰⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

²⁰⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²⁰⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

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

Art. 34d²⁰⁹ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Einteilung der Arzneimittel²¹⁰

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

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

- a. Einheit A:
 1. Gastroenterologika (04),
 2. Stoffwechsel (07),
 3. Antidota (15),
 4. Kationenaustauscher (16),
 - 5.²¹¹ ...
 6. Gastroenterologika Komplementärmedizin (54),
 7. Stoffwechsel Komplementärmedizin (57);
- b. Einheit B:
 1. Nervensystem (01),
 2. Nieren und Wasserhaushalt (05),
 3. Blut (06),
 4. Dermatologika (10),
 5. Odontostomatologika (13),
 6. Diagnostika (14),
 7. Nervensystem Komplementärmedizin (51),
 8. Nieren und Wasserhaushalt Komplementärmedizin (55),
 9. Blut Komplementärmedizin (56),
 10. Dermatologika Komplementärmedizin (60);
- c. Einheit C:
 1. Herz und Kreislauf (02),
 2. Lunge und Atmung (03),

²⁰⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359). Siehe auch die UeB Änd. 29.4. Änd. 21.10.2015 und Änd. 1.2.2017 am Ende dieses Textes.

²¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

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

3. Infektionskrankheiten (08),
4. Gynaecologica (09),
5. Ophtalmologica (11),
6. Oto-Rhinolaryngologica (12),
7. Herz und Kreislauf Komplementärmedizin (52),
8. Lunge und Atmung Komplementärmedizin (53),
9. Infektionskrankheiten Komplementärmedizin (58),
10. Gynaecologica Komplementärmedizin (59),
11. Ophtalmologica Komplementärmedizin (61),
12. Oto-Rhinolaryngologica Komplementärmedizin (62).²¹²

² Von der Überprüfung nach Absatz 1 ausgenommen sind Originalpräparate, die:

- a.²¹³ seit der letzten Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit einer Preisüberprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung oder einer Änderung oder Aufhebung einer Limitierung nach Artikel 65f Absatz 4 KVV unterzogen wurden; das BAG führt die nächste Überprüfung dieser Originalpräparate frühestens im zweiten Jahr nach der letzten Preisüberprüfung durch;
- b. am 1. Januar des Überprüfungsjahres seit weniger als 13 Monaten in der Spezialitätenliste gelistet sind.

Art. 34e²¹⁴ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
Auslandpreisvergleich

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

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

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

³ Für die Ermittlung der Preise nach Absatz 1 muss die Zulassungsinhaberin, die das Originalpräparat vertreibt, dem BAG die umsatzstärkste Packung sämtlicher Han-

²¹² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Okt. 2015, in Kraft seit 15. Nov. 2015 (AS 2015 4189). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²¹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359). Siehe auch die UeB der Änd. 29.4.15 und 1.2.2017 am Ende dieses Textes.

delsformen desselben Wirkstoffs während der letzten zwölf Monate in der Schweiz bekannt geben. Das BAG kann die entsprechenden Umsatzzahlen einfordern.

4 ...²¹⁵

Art. 34^f216 Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
therapeutischer Quervergleich

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

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

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

Art. 34g²¹⁷ Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre:
Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Generika

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

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

²¹⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, mit Wirkung seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS 2015 1359). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015 (AS 2015 1359). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

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

Art. 34^{h218} Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre: Umfang und Zeitpunkt der Senkung des Fabrikabgabepreises

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

² Das BAG senkt den Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels mit Wirkung per 1. Dezember des Überprüfungsjahres.²¹⁹

Art. 35²²⁰ Ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung

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

Art. 35a²²¹

Art. 35b²²²

Art. 35c²²³

²¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

²¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS **2017** 633).

²²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Nov. 2017, in Kraft vom 1. Jan. 2018 bis zum 31. Dez. 2019 (AS **2017** 7151, **2018** 5085).

²²¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS **2000** 3088). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359).

²²² Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB Änd. 30.06.2010 am Ende dieses Textes.

²²³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010 (AS **2010** 3249). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS **2015** 1359). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

Art. 36 Wirtschaftlichkeitsbeurteilung während der ersten 15 Jahre²²⁴

¹ Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV noch erfüllen.²²⁵

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

³ Die EAK kann dem BAG beantragen, den Innovationszuschlag ganz oder teilweise zu streichen, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr erfüllt sind.²²⁶

Art. 37²²⁷ Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

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

Art. 37a²²⁸ Indikationserweiterung und Limitierungsänderung: einzureichende Unterlagen

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

Art. 37b²²⁹ Indikationseinschränkung

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

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

²²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1757).

²²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS 2013 1357).

²²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

²²⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²²⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

² Das BAG kann die EAK über die Einschränkungen einer Indikation informieren und von der ZulassungsinhaberIn weitere Unterlagen einfordern.²³⁰

Art. 37c²³¹

Art. 37d²³² Umfang und Zeitpunkt der Überprüfungen

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

² ...²³³

Art. 37e²³⁴ Rückerstattung der Mehreinnahmen

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

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

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

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

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

⁴ Bei der Überprüfung nach Absatz 1 Buchstabe c werden die Mehreinnahmen aufgrund der Anzahl verkaufter Packungen des Arzneimittels berechnet. Übersteigt die Anzahl verkaufter Packungen die von der ZulassungsinhaberIn nach Artikel 65f

²³⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²³¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS 2006 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Sept. 2007, mit Wirkung seit 1. Okt. 2007 (AS 2007 4443 4633).

²³² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS 2006 1757).

²³³ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, mit Wirkung seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

²³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

Absatz 2 erster Satz KVV angegebene voraussichtliche Mengenausweitung, so sind die Mehreinnahmen 35 Prozent des Resultats der folgenden Berechnung:

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

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

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

⁷ Senkt die Zulassungsinhaberin vor dem 1. Dezember des Überprüfungsjahres den Fabrikabgabepreis ihres Originalpräparates freiwillig auf den nach Artikel 65b KVV ermittelten Fabrikabgabepreis, so hat sie dem BAG die Fabrikabgabepreise der Referenzländer zum Zeitpunkt des Antrags auf freiwillige Preissenkung einzureichen. Erfolgt diese Senkung innerhalb der ersten 18 Monate seit der Aufnahme des Originalpräparates in die Spezialitätenliste, so ist die Zulassungsinhaberin nicht zur Rückerstattung der Mehreinnahmen nach Artikel 67a Absatz 1 KVV verpflichtet.²³⁵

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

Art. 38²³⁶ Vertriebsanteil

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

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

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

- a. bis Fr. 4.99: Fr. 4.–
- b. ab Fr. 5.– bis Fr. 10.99: Fr. 8.–
- c. ab Fr. 11.– bis Fr. 14.99: Fr. 12.–

²³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

²³⁶ Ursprünglich: Art. 35a. Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS 2000 3088). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS 2009 4251).

- d. ab Fr. 15.– bis Fr. 879.99: Fr. 16.–
- e. ab Fr. 880.– bis Fr. 2569.99: Fr. 60.–
- f. ab Fr. 2570.–: Fr. 240.–

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

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

4. Abschnitt:²³⁷ Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Art. 38a²³⁸

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

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

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

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

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

⁶ Verschreibt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat oder

²³⁷ 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).

²³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Febr. 2017, in Kraft seit 1. März 2017 (AS 2017 633).

lehnt der Apotheker oder die Apothekerin aus medizinischen Gründen eine Substitution ab, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

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

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung

1. Kapitel: ...

Art. 39²³⁹

2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik

Art. 40²⁴⁰

Die nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannten Schulen für Chiropraktik werden in Artikel 1 der Verordnung des EDI vom 20. August 2007²⁴¹ über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen bestimmt.

3. Kapitel: ...

Art. 41²⁴²

4. Kapitel: Laboratorien

Art. 42 Aus- und Weiterbildung

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

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

²³⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, mit Wirkung seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

²⁴⁰ Fassung gemäss Art. 2 der V des EDI vom 20. Aug. 2007 über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen, in Kraft seit 1. Sept. 2007 (AS **2007** 4085).

²⁴¹ SR **811.115.4**

²⁴² Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999, mit Wirkung seit 1. Jan. 2000 (AS **1999** 2517).

- a. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. medizinische Laborantin mit höherer Fachausbildung SRK» oder «Dipl. medizinischer Laborant mit höherer Fachausbildung SRK»;
- b. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. biomedizinische Analytikerin HF mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK» oder «Dipl. biomedizinischer Analytiker mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK»;
- c. ein Äquivalenzattest für Cheflaborantinnen und Cheflaboranten des Schweizerischen Roten Kreuzes;
- d. ein eidgenössisches Diplom «Expertin in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder «Experte in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder ein als gleichwertig anerkanntes Diplom.²⁴³

³ Als Weiterbildungstitel im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt ein Weiterbildungstitel in Labormedizin in den Fachgebieten Hämatologie, klinische Chemie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie.²⁴⁴

⁴ ...²⁴⁵

Art. 43²⁴⁶ Weitergehende Anforderungen im Bereich der medizinischen Genetik

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

- a. deren Leiterin oder Leiter sich über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin im Fachgebiet medizinische Genetik (Genetik des Menschen mit Ausrichtung auf Gesundheit und Krankheit) nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV ausweist;
- b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung nach Artikel 8 GUMG²⁴⁷ verfügen.

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

- a. deren Leiterin oder Leiter sich über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin nach Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV in den Fachgebieten Hämatologie, klinische Chemie oder klinische Immunologie ausweist;

²⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS 2014 1251).

²⁴⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

²⁴⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 4. April 2007, mit Wirkung seit 1. April 2007 (AS 2007 1367).

²⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2016, in Kraft seit 1. Jan. 2017 (AS 2016 4933).

²⁴⁷ SR 810.12

- b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung nach Artikel 8 GUMG verfügen.

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965²⁴⁸ 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 1965²⁴⁹ über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;
- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965²⁵⁰ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965²⁵¹ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965²⁵² über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985²⁵³ über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;
- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990²⁵⁴ über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968²⁵⁵ über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;

²⁴⁸ [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

²⁴⁹ [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

²⁵⁰ [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

²⁵¹ [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

²⁵² [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

²⁵³ [AS 1986 87]

²⁵⁴ [AS 1991 519, 1995 891]

²⁵⁵ [AS 1968 1496, 1986 1487]

- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989²⁵⁶ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988²⁵⁷ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45²⁵⁸**Art. 46** Inkrafttreten²⁵⁹

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

² ...²⁶⁰

³ ...²⁶¹

Schlussbestimmung der Änderung vom 17. November 2003²⁶²

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 Verwaltungsänderung 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») verfügt²⁶³.

Schlussbestimmung der Änderung vom 12. Dezember 2005²⁶⁴

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

²⁵⁶ [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

²⁵⁷ [AS 1989 374, 1995 750 3688]

²⁵⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

²⁵⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

²⁶⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996, mit Wirkung seit 1. Mai 1996 (AS 1996 909).

²⁶¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, mit Wirkung seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

²⁶² AS 2003 5283

²⁶³ In der AS nicht veröffentlicht. Das Reglement kann beim Bundesamt für Gesundheit eingesehen werden.

²⁶⁴ AS 2006 21

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Juli 2006²⁶⁵

¹ Für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. September 2006 erfolgt die Kostenübernahme für die Positron-Emissions-Tomographie (PET) gemäss Anhang 1 Ziffer 9.2 der Fassung vom 9. November 2005^{266,267}

² ...²⁶⁸

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 4. April 2007²⁶⁹

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

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

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 21. September 2007²⁷⁰

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

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

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

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

²⁶⁵ AS 2006 2957

²⁶⁶ AS 2006 23

²⁶⁷ In Kraft seit 1. Juli 2006.

²⁶⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

²⁶⁹ AS 2007 1367

²⁷⁰ AS 2007 4443

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

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

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. Juni 2010²⁷¹

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

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

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 2. Februar 2011²⁷²

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

²⁷¹ AS 2010 3249

²⁷² AS 2011 657

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2012²⁷³

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 29. April 2015²⁷⁴

¹ Im Jahr 2016 findet keine Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach den Artikeln 34d–34h statt.²⁷⁵

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

³ Die Rückerstattung von Mehreinnahmen bei Arzneimitteln, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 29. April 2015 in die Spezialitätenliste aufgenommen und bis dahin noch nicht nach Artikel 65d KVV überprüft wurden, wird bei der nächsten Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 35c in der bisherigen Fassung beurteilt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Oktober 2015²⁷⁶

¹ ...²⁷⁷

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Februar 2017²⁷⁸

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

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

³ Im Jahr 2017 muss die ZulassungsinhaberIn dem BAG die Ergebnisse des Auslandspreisvergleichs nach Artikel 34e Absatz 1 und des therapeutischen Querver-

²⁷³ Anwendbar vom 1. Mai 2012 bis zum 31. Dez. 2014 (AS 2012 1769 Ziff. III Abs. 2).

²⁷⁴ AS 2015 1359

²⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2016, in Kraft seit 1. Mai 2016 (AS 2016 1177).

²⁷⁶ AS 2015 4189

²⁷⁷ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2016, mit Wirkung seit 1. Mai 2016 (AS 2016 1177).

²⁷⁸ AS 2017 633

gleichs nach Artikel 34^f Absatz 2 und alle für diese Vergleiche verwendeten Daten bis zum 31. März 2017 bekannt geben.

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

Anhang I²⁷⁹
(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.

²⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 9. Nov. 2005 (AS **2006** 23). Bereinigt gemäss Ziff. II der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS **2006** 5769), vom 28. Juni 2007 (AS **2007** 3581), vom 21. Nov. 2007 (AS **2007** 6839), vom 26. Juni 2008 (AS **2008** 3553), vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493), vom 5. Juni 2009 (AS **2009** 2821), vom 27. Okt. 2009 (AS **2009** 6083), vom 14. Juni 2010 (AS **2010** 2755), Ziff. II der V des EDI vom 16. Aug. 2010 (AS **2010** 3559), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 2. Dez. 2010 (AS **2010** 5837), vom 31. Mai 2011 (AS **2011** 2669), vom 5. Dez. 2011 (AS **2011** 6487), vom 12. Juni 2012 (AS **2012** 3553), vom 15. Nov. 2012 (AS **2012** 6587), vom 10. Juni 2013 (AS **2013** 1925), vom 6. Dez. 2013 (AS **2013** 5329), vom 16. Mai 2014 (AS **2014** 1251), vom 20. Nov. 2014 (AS **2014** 4393), vom 17. Juni 2015 (AS **2015** 2197), vom 27. Nov. 2015 (AS **2015** 5125), vom 20. Juni 2016 (AS **2016** 2537), vom 25. Nov. 2016 (AS **2016** 4639), der Berichtigung vom 10. Jan. 2017 (AS **2017** 71), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 2. Juni 2017 (AS **2017** 3487), Ziff. II der V des EDI vom 16. Juni 2017 (AS **2017** 3689), der Berichtigung vom 3. Aug. 2017 (AS **2017** 3881), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 28. Nov. 2017 (AS **2017** 7151), Ziff. I der V des EDI vom 12. Febr. 2018 (AS **2018** 967), Ziff. II und III Abs. 1 der V des EDI vom 7. Juni 2018 (AS **2018** 2361), Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 30. Nov. 2018 (AS **2018** 5085), 16. Jan. 2019 (AS **2019** 439) und 6. Juni 2019, in Kraft seit 1. Juli 2019 (AS **2019** 1931).

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.9.1967
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: – schwer verkalkte Aorta – Nierenversagen – chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen – hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: – tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (> 1,5 mm) Gefässe – peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	1.1.2002
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.	23.08.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin	1.1.2015/ 1.1.2018
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 31. Oktober 2017 ²⁸⁰ zur operativen Behandlung von Übergewicht.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrative Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut-sprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.7.2013
Stationäre Durchführung von elektiven Eingriffen bei Varizen, Hämorrhoiden, Leistenhernien, Adenoiden, Tonsillen, arthroskopischen Eingriffen am Knie, diagnostischen und therapeutischen Eingriffen am Uterus gemäss Referenzdokument des BAG «Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe» Version 1.0 vom 23. November 2017 ²⁸¹	Ja	Kostenübernahme nur, wenn aufgrund besonderer Umstände eine ambulante Durchführung nicht möglich ist.	1.1.2019

²⁸¹ Das Referenzdokument ist abrufbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<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 ²⁸² und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 ²⁸³ . 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.	1.1.2003
Herz-Lungentransplantation	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-Lebertransplantation	Ja	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.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève.	1.1.2003
Pankreas- nach Nieren-Ja transplantation		In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010

282 SR 810.21

283 SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Pankreas- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simul- tane Insel- und Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Insel- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Isolierte Allotrans- plantation der Langer- hans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Autotrans- plantation der Langer- hans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarm- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	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
Autologe Fetttrans- plantation zur Korrek- tur konnataler, krank- heitsbedingter und posttraumatischer Defekte	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plasti- sche, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, der die Emp- fehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrau- ensärztin berücksichtigt.	1.8.2016/ 1.7.2018
Autologe Fetttrans- plantation zur post- operativen Rekon- struktion der Mamma	Ja	In Evaluation Als ergänzende Massnahme zur Massnahme «Operative Mammarekonstruktion» nach Ziff. 1.1. Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plasti- sche, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttrans- plantation	1.7.2018 bis 30.06.2023
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeuti- schem Charakter, d.h. wenn durch Röntgenauf-	16.1.1969

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nahmen 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 Versicherung.	
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		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	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm ² Ausdehnung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2017
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26. Oktober 2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 bis 31.12.2019
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	FrISChe schmerzhaft e Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen,	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
turen		<p>die korrigiert werden muss.</p> <p>Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. September 2004²⁸⁴.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2011/ 1.1.2013
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.8.2008
Laser-Menisectomie	Nein		1.1.2006
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		3.12.1981/ 1.1.2012
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinertrümmerung	Ja	<p>Indikationen: ESWL eignet sich:</p> <ol style="list-style-type: none"> bei Harnsteinen des Nierenbeckens, bei Harnsteinen des Nierenkelchens, bei Harnsteinen des Ureters, <p>fälls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird.</p> <p>Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).</p>	22.8.1985/ 1.8.2006

²⁸⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskularisations- chirurgie	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			1.1.1993
Embolisationsbehand- lung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Hochenergie Trans- urethrale Mikro- wellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuromo- dulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Be- handlung von Harnin- kontinenz oder Blasen- entleerungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige beson- dere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit urodyna- mischer Abteilung zur vollständigen urodyna- mischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuro- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige beson- dere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit Mano- metrier-Abteilung zur vollständigen mano- metrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabili- tation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.1.2003/ 1.1.2008
Perkutane Elektroneu- romodulation des Tibialnervs mit Nadel- elektroden	Ja	Zur Behandlung der idiopathischen hyperakti- ven Blase oder der Stuhlinkontinenz Nach Ausschöpfen konservativer Therapieopti- onen Indikationsstellung und Durchführung aus- schliesslich durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Ge- burtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroentero- logie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (bei Stuhlinkontinenz)	1.3.2019/ 1.7.2019
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.7.2017
Behandlung von Blasenspeicherstörung durch cystoskopische Injektion von Botuli- numtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieop- tionen. Bei folgenden Indikationen: – Harminkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie durchgeführt wird – idiopathische hyperaktive Blase bei Er- wachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie durchgeführt wird	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.8.2007

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hoch intensiver fokussierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein		1.7.2009
Transurethrale photo-selektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostataabstruktions-syndrom.	1.7.2011
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions-therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei <ul style="list-style-type: none"> – chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – akuter Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis – diabetischem Fussyndrom im Stadium $\geq 2B$ nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation – Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung im Ausland, wenn der Transport zur nächsten hyperbaren Druckkammer innerhalb der Schweiz nicht schnell und schonend genug gewährleistet werden kann. In den Zentren gemäss dem «Merkblatt für Rettungsdienste» von Divers Alert Network (DAN) und REGA.²⁸⁵ 	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011 1.1.2006/ 1.7.2011
	Nein	– akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2016
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr	7.3.1974
		– bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	
– durch Amphetaminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	Nein		7.3.1974
– durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975

²⁸⁵ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ja	Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause» ²⁸⁶ vom Januar 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997
Plasmapherese	Ja	Indikationen: – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: – myastenia gravis – trombotisch trombozytopenische Purpura – immunhämolytische Anämie – Leukämie – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom. – akute Vergiftungen – familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	25.8.1988
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	25.8.1988/ 1.1.2005
		Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	1.1.2007
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren. 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 hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7. Ausgabe vom März 2018 ²⁸⁷ . Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 ²⁸⁸ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 ²⁸⁹ .	
		Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
– autolog	Ja	– bei Lymphomen – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei akuter myeloischer Leukämie – beim multiplen Myelom – beim Neuroblastom – beim Medulloblastom – beim Keimzelltumor – bei der systemischen Sklerose	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes Mellitus	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
		Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	
	Ja	In Evaluation – bei Multipler Sklerose Am Universitätsspital Zürich im Rahmen einer Registerstudie. Indikationsstellung durch interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantationsboard des Universitätsspitals Zürich.	1.7.2018 bis 30.6.2024

288 SR 810.21
289 SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie – im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie – beim Mammakarzinom – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom – bei kongenitalen Erkrankungen – beim Ovarialkarzinom – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter – bei myelodysplastischen Syndromen – bei der chronisch myeloischen Leukämie – bei Morbus Crohn – bei Diabetes mellitus 	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogene	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei der chronischen myeloischen Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie). 	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Ja	<p>In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Autoimmunerkrankungen. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.</p>	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – bei soliden Tumoren – beim Melanom – beim Mammakarzinom – beim Nierenzellkarzinom – bei rheumatoider Arthritis. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
Gallensteinzertrümmerung	Ja	<p>Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus.</p> <p>Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).</p>	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	<p>Bei dringender Verdachtsdiagnose auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächt- 	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		liche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen.	
		Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁹⁰ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen.	
		Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.	
		Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: <ul style="list-style-type: none"> – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁹¹ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte»	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

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

²⁹¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015²⁹² erfüllen.</p> <p>Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt werden, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²⁹³ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²⁹⁴ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die</p>	1.1.2000/ 1.7.2017

²⁹² Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Aktigraphie	Ja	Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁹⁵ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.7.2017
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellulären Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellulären Karzinomen.	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, gemäss Limitationen der Spezialitätenliste	1.1.2014/ 1.1.2018
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2004/ 1.1.2006

²⁹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Extrakorporelle Photo- pherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Ja	In Evaluation Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn aug- mentierte Immunsuppression sowie ein Be- handlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.	1.1.2009/ 1.8.2016 bis 31.12.2019
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristalti- sche Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
EKG-Langzeitregist- rierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstö- rungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwa- chung der Behandlungseffizienz dienen.	13.5.1976
Implantierbares Ereig- nisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektro- kardiogramms	Ja		1.1.2001/ 1.1.2018
Telefonische Über- wachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		12.05.1977
Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten	Ja		1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballon- pumpe in der inter- ventionellen Kardio- logie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser- Revascularisation	Nein		1.1.2000
Kardiale Resynchroni- sationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schritt- machers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer links- ventrikulären Auswurfraction ≤ 35 % trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden	1.1.2003/ 1.1.2004

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: – In-Stent-Restenosen – Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.7.2012
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %–15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Ja	In Evaluation. Bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen, unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Das TAVI-Verfahren muss gemäss den europäischen Richtlinien «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)» ²⁹⁶ durchgeführt werden. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten und Spezialistinnen angehören: zwei Fachärzte oder Fachärztinnen für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Herzchirurgie und für Anästhesie. 4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	1.7.2013/ 1.1.2019 1.7.2019 bis 30.6.2020

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulations-systems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulations-systems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung. Behandlung schwerer Dystonien mit ungenügender Symptomkontrolle durch medikamentöse Therapie. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die notwendige Infrastruktur verfügen (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie).	1.3.1995/ 1.7.2011
Elektrische Neuromodulation der Beckennerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparoskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.7.2013/ 1.7.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.7.2002
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	In Evaluation Zur Behandlung bei: <ul style="list-style-type: none"> – etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien) – etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung – schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015 bis 30.6.2020
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> – Der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben – Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von 	23.8.1984

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Amputationsstümpfen – Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation	
Periphere Nervenstimulation der Okzipitalnerven	Ja	Bei therapierefraktärer chronischer Migräne gemäss den Diagnosekriterien der International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1). ²⁹⁷	1.7.2014
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektro-neuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: – Nachweis des Vorliegens einer «Herd-epilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapieresistenz – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt	1.1.1996/ 1.8.2006

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

Massnahmen	Leistungspflicht	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, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. 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, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – 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
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. – Degeneration von maximal zwei Segmenten	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – keine primäre segmentale Kyphose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut-sprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal zwei Segmenten – keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut-sprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>
Posteriore pedikel-schraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutssprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
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
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)			1.7.2011/ 1.7.2012
<i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines 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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
	Nein		1.8.2007
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.8.2007
Low-dose-rate-Brachytherapie	Ja	Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn-Ablusstörungen. Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigenexpressions- test beim Mamma- karzinom	Ja	In Evaluation Indikation: Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften: – Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loco-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie. Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie. Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG ²⁹⁸ oder ISO 15189 /17025 ²⁹⁹ entsprechen.	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 bis 31.12.2023
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei an Krebs er- krankten Jugendlichen und Erwachsenen	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. Massnahmen bei der Frau: – Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von befruchteten oder unbefruchteten Eizellen; eine allfällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Versicherung; oder – Resektion, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe; Massnahmen beim Mann: – Kryokonservierung von Spermien; – wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion). Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinausgehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes	1.7.2019

²⁹⁸ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹⁹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multi-zentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.	
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	23.3.1972/ 1.1.1997
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.1.2001
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.1994
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilisation: – bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	11.12.1980
– beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.1.1993
Laser bei Cervix-Carcinom in situ	Ja		1.1.1993
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause.	1.1.1998
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.1.1996/ 1.8.2008

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden Thin-Prep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12e Bst. b KLV)	Nein		1.7.2002/ 1.8.2008
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Konsensusstatements der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) und der Arbeitsgruppe «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ³⁰⁰ .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 16. Juni 2016 mit dem Titel «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)»³⁰¹ – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen 	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Ambulante multi-professionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	<p>1. Indikation:</p> <p>a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile);</p> <p>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.</p> <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006³⁰² und No. 1/2011 vom 4. März 2011³⁰³.</p> <p>2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007³⁰⁴. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.</p>	<p>1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014</p>
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikation: <ol style="list-style-type: none"> a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006³⁰⁵ und No. 1/2011 vom 4. März 2011³⁰⁶.</p> 2. Therapie: <ol style="list-style-type: none"> a. Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen, b. Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität, c. Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung. 3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007³⁰⁷. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. 	1.1.2014

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

³⁰⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Spiel- und Malthherapie bei Kindern		Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch-geführt.	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonografie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008
Stationäre wohnort-ferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen mittels «Packing»-Methode	Nein		1.7.2019
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolet-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
– Aknenarben	Nein		1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.7.2009
Anwendung von Hautäquivalenten	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April 2018 Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2011/ 1.3.2019
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2013
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	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
	Ja	Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2008
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Dilatation von Tränenangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff – Indikationsstellung für Behandlungen der Retina <p>Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.</p>	1.1.2004/ 1.8.2008
UV-Crosslinking der Hornhaut bei Keratokonus	Nein		1.8.2008
Keratokonusbildung mittels intrastromaler Ringe	Ja	<p>Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht.</p> <p>Durchführung an A-, B- und C-Zentren/ Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).</p>	1.8.2007
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2010
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschall-vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psycho-phonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Laseranwendung bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen.</p>	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspitaler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern.	
		Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996/ 1.1.2015
Implantation des Mittel-Ohrimplantat-systems Typ «Vibrant Soundbridge» zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.1.2005
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelstein-lithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: a. bei der methadon-, buprenorphin- und morphin-retard-gestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Juli 2013 ³⁰⁸ ; b. bei der heroingestützten Behandlung: Bestimmungen der Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittel-	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>sucht und andere suchtbedingte Störungen (SR 812.121.6) sowie Richtlinien und Empfehlungen des Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung</p> <p>«Richtlinien, Empfehlungen, Information» vom September 2000³⁰⁹.</p>	
		<p>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.</p> <p>3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen:</p> <p>a. ärztliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Soma- tostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu- grunde liegende Störungen – Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -part- nerin, frühere Behandlungsstellen) – Erstellen der Diagnose und der Indi- kation – Erstellen eines Behandlungsplanes – Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer – Einleiten und Durchführung der Sub- stitutionsbehandlung – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apo- thekerin erfolgt – Qualitätssicherung – Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen – Evaluation des therapeutischen Pro- zesses – Rückfragen bei der Abgabestelle – Überprüfung der Diagnose und der Indikation – Anpassung der Behandlung und dar- aus resultierender Schriftverkehr mit Behörden – Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer – Qualitätskontrolle. <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Herstellen von peroralen Lösungen 	

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle	
		– Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates	
		– Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde	
		– Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin	
		– Beratung	
		4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.	
		5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden.	
Opiantzug- eilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiantzug- eilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.1.1998
Ambulanter Opiant- zug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhance- ment (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsycho- therapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Mal- therapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch-geführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Internet-basierte kognitiv-verhaltens- therapeutische Behand- lung der Insomnie	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztliche Psychotherapie gemäss Artikel 2 KLV auf Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie mit insbesondere den Bausteinen: Bettzeitrestriktion, Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken, kognitive Umstrukturierung, Rückfallprophylaxe. Die Therapie ist manualbasiert und beinhaltet regelmässigen Kontakt zwischen Leistungserbringer und Versicherten, sowie Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. 2. Nach vorgängiger Konsultation. 3. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 16 Wochen Therapie. Das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Artikel 3b KLV. 	1.1.2017
Repetitive Trans- kranielle Magnet- stimulation (rtMS) zur Behandlung der Depression	Nein		1.1.2018
9 Radiologie			
<i>9.1 Röntgendiagnostik</i>			
Computertomographie Ja (Scanner)		Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie Ja – mit Doppelenergie- Röntgen- Absorptiometrie (DEXA)		<ul style="list-style-type: none"> – bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus – Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie) – primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – Osteogenesis imperfecta – HIV – bei Therapie mit Aromatasehemmer (nach der Menopause) oder mit der Kombination GnRH-Analagon+Aromatasehemmer (vor der Menopause), zu Beginn und maximal alle 2 Jahre unter laufender Therapie 	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010 1.7.2012 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015 1.7.2019
		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.	1.3.1995

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:			
– Knochen-resorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochen-formationsmarker	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, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ³¹⁰ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019
		a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:	
		1. in der Kardiologie:	
		– präoperativ vor einer Herztransplantation,	
		– bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring,	
		– bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;	
		2. in der Onkologie:	
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 ³¹¹ zu FDG-PET.	
		3. in der Neurologie:	
		– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,	
		– zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Fachärzte und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz	

³¹⁰ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³¹¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		von maximal 5 Jahren; keine voraus- gegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	
		4. in der Inneren Medizin/Infektiologie:	
		– bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkonklusiver internistischer und in- fektologischer Abklärung und Bild- gebung inkl. MRI und/oder CT, auf Anordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Innere Medizin, Rheumatologie, Immunologie und In- fektologie,	
		– bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts,	
		– bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie;	
		5. In Evaluation:	1.7.2014/
		Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.1.2018/ 1.1.2019 bis 31.12.2019
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgen- der Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluati- on der Myokardischämie.	1.7.2013
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluati- on der Myokardischämie.	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin, nur bei folgenden Indikationen: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewie- senem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prosta- takzinoms	1.7.2014/ 1.1.2018 1.1.2019
		In Evaluation: Zur präoperativen Lokalisation von Neben- schilddrüsen-Adenomen bei primärem Hy- perparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.7.2018 bis 30.6.2020
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), nur bei folgender Indikation: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re- Evaluation bei malignen Hirntumoren.	1.1.2016
		f) Mittels PSMA-Tracer, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewie- senem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prosta- takzinoms.	1.1.2017 1.1.2019
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender	1.7.2017

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore.	
		h) Mittels $H_2^{15}O$, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.7.2018
	Nein	a) Mittels ^{18}F -Fluorid	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
		b) Mittels ^{18}F -Florbetapir	
		c) Mit anderen Isotopen als ^{18}F -Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), ^{18}F -Fluorocholin, N-13-Ammoniak, ^{82}Rb -Rubidium oder ^{18}F -Ethyl-Thyrosin (FET), PSMA, DOTA-Peptiden oder $H_2^{15}O$	
Magnet-Enzephalographie	Nein		1.7.2002
Ultraschall-Elastographie der Leber	Ja	Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitiden, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2012
<i>9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</i>			
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.1.1993
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Ja	In Evaluation Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: – Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen – laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung – keine Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen, hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft – Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.1.2018 bis 30.6.2020
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen.	28.8.1986/ 1.1.1993

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B – Alle übrigen Indikationen 	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	Ja	Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome 	1.1.1996
	Ja	Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewegungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.8.2008
Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata	1.7.2012/ 1.7.2014
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapierefraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokal-ablative Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	1.7.2010
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.1.2014
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2015
Regionäre Oberflächenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Inoperable Brust/Brustwandrezidive bei Mammakarzinom in vorbestrahltem Areal – Inoperable Lymphknotenmetastasen von HNO-Tumoren in vorbestrahltem Areal – Oberflächliche Lymphknotenmetastasen und Lokalrezidive bei malignem Melanom – Tumor-Lokalrezidive mit Kompressions-symptomatik in palliativer Situation Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network	1.1.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.	
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Blasen-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Rektum-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder Lokalrezidiv in vorbestrahltem Areal – Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie – Pankreas-Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor – Tumor-Lokalrezidive mit Kompressions-symptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm – Schmerzhaftige Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm 	1.1.2017/ 1.1.2019 bis 31.12.2020
		Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem <i>Swiss Hyperthermia Network</i> angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen <i>Tumorboard</i> .	

10 Komplementärmedizin

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke)	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
11 Rehabilitation			
Stationäre Rehabilita- tion	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patien- tinnen mit Herz- Kreislaufkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. 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: – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardi-ale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011 ³¹² . Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009 ³¹³ . Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010 ³¹⁴ . Indikationen: – Patienten und Patientinnen mit Status nach	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013
	Ja		

³¹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³¹³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefrak-tären Risikofaktoren und sonst guter Le-benserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikel-funktion – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens ein-mal in drei Jahren). 	
	Ja	– Patienten und Patientinnen mit sympto-matischer peripherer arterieller Verschluss-krankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	– Patienten und Patientinnen mit asymp-tomatischer peripherer arterieller Verschluss-krankheit (PAVK) im Stadium I nach Fon-taine.	1.7.2013
Pulmonale Rehabilita- tion	Ja	<p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infra-struktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003³¹⁵ entsprechen.</p> <p>Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, aner-kannt sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde-re Gutsprache des Versicherers, der die Emp-fehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrau-ensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2005

³¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Anhang Ia³¹⁶
(Art. 3c)

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

1. Krampfaderoperationen der unteren Extremität

Die mit * markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie einseitig erfolgen.

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019³¹⁷

Ligatur und Stripping von Varizen (38.5):

38.50 Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation nicht näher bezeichnet

Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität (38.59), Detail der Subkategorie 38.59 (38.59.0):

38.59.00 Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet

38.59.10 Ligatur, Exzision und Stripping von Varizen und Vv. perforantes der unteren Extremität (als selbstständiger Eingriff)

38.59.20* Crossektomie und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet

38.59.21* Crossektomie und Stripping, V. saphena magna

38.59.22* Crossektomie und Stripping, V. saphena parva

38.59.30* (Isolierte) Crossektomie, nicht näher bezeichnet

38.59.31* (Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna

38.59.32* (Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva

38.59.40 Lokale Lasertherapie von Varizen

38.59.50 Endoluminale Therapie von Varizen

38.59.51 Endovenöse Lasertherapie von Varizen (EVLT)

38.59.52 Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen

38.59.59 Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige

38.59.99 Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige

³¹⁶ Eingefügt durch Ziff. III Abs. 4 der V des EDI vom 7. Juni 2018 (AS 2018 2361). Fassung gemäss Ziff. II Abs. 2 der V des EDI vom 30. Nov. 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2019 (AS 2018 5085). Die Berichtigung vom 9. Juli 2019 betrifft nur den französischen und den italienischen Text (AS 2019 2115).

³¹⁷ Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), Version 2019, ist abrufbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung.

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019³¹⁷

Sonstige Exzision von Gefässen (38.6):

38.69 Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität

2. Eingriffe an Hämorrhoiden

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Eingriffe an Hämorrhoiden (49.4):

49.41 Reposition von Hämorrhoiden
49.42 Injektion in Hämorrhoiden
49.43 Kauterisierung von Hämorrhoiden
49.44 Destruktion von Hämorrhoiden durch Kryotherapie
49.45 Ligatur von Hämorrhoiden

Exzision von Hämorrhoiden (49.46), Detail der Subkategorie 49.46 (49.46.0):

49.46.00 Exzision von Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
49.46.10 Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie
49.46.11 Exzision von Hämorrhoiden, Ligatur einer A. haemorrhoidalis
49.46.12 Exzision von Hämorrhoiden mit plastischer Rekonstruktion
49.46.99 Exzision von Hämorrhoiden, sonstige
49.47 Evakuierung thrombosierter Hämorrhoiden

Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden (49.49), Detail der Subkategorie 49.49 (49.49.0):

49.49.00 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
49.49.10 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Sklerosierung
49.49.11 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Gummibandligatur
49.49.99 Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, sonstige

3. Einseitige Hernienoperationen

Folgende elektiven Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn:

- a. sie eine einzige Körperseite betreffen;
 - b. es sich nicht um eine Rezidivoperation handelt.
-

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Operation einer Inguinalhernie (53.0):

53.00 Operation einer Inguinalhernie, nicht näher bezeichnet

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch (53.06), Detail der Subkategorie 53.06 (53.06.0):

- | | |
|----------|--|
| 53.06.11 | Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen |
| 53.06.21 | Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen |

Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch (53.07), Detail der Subkategorie 53.07 (53.07.0):

- | | |
|----------|---|
| 53.07.11 | Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen |
| 53.07.21 | Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen |
| 53.09* | Operation einer Inguinalhernie, sonstige |
-

4. Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter

Die mit ° markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie nicht im Anschluss an eine Geburt stattfinden.

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Operationen an der Cervix uteri (67):

- | | |
|------|-----------------------------|
| 67.0 | Dilatation des Zervixkanals |
|------|-----------------------------|

Diagnostische Massnahmen an der Zervix (67.1):

- | | |
|-------|---|
| 67.11 | Endozervikale Biopsie |
| 67.12 | Sonstige zervikale Biopsie |
| 67.19 | Sonstige diagnostische Massnahmen an der Zervix |
| 67.2 | Konisation der Zervix |

Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix (67.3):

- | | |
|-------|---|
| 67.31 | Marsupialisation einer Zervixzyste |
| 67.32 | Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kauterisation |
| 67.33 | Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryochirurgie |
| 67.34 | Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Elektrokoagulation |
| 67.35 | Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Laserkoagulation |
| 67.39 | Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix |

Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat (68.1):

- | | |
|-------|----------------------------------|
| 68.11 | Digitale Untersuchung des Uterus |
|-------|----------------------------------|

Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat (68.12), Detail der Subkategorie 68.12 (68.12.0):

- | | |
|----------|--|
| 68.12.00 | Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, n.n.bez. |
|----------|--|

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

68.12.10	Hysteroskopie, nicht näher bezeichnet
68.12.11	Diagnostische Hysteroskopie
68.12.12	Diagnostische Hysterosalpingoskopie
68.12.19	Hysteroskopie, sonstige
68.12.99	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige
68.15	Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten
68.16	Geschlossene Biopsie am Uterus

Sonstige Operationen an Uterus und uterinem Halteapparat (69), Dilatation und Curettage am Uterus (69.0):

69.02°	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.09	Sonstige Dilatation und Curettage

Aspirationscurettage am Uterus (69.5):

69.52°	Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.59	Aspirationscurettage am Uterus, sonstige

5. Kniearthroskopen, einschliesslich Eingriffe am Meniskus

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Arthroskopie des Knies (80.26), Detail der Subkategorie 80.26 (80.26.0):

80.26.00	Arthroskopie des Knies, nicht näher bezeichnet
80.26.10	Diagnostische Arthroskopie des Knies
80.26.99	Arthroskopie des Knies, sonstige

Menispektomie am Knie (80.6), Menispektomie am Knie (80.6X), Detail der Subkategorie 80.6X (80.6X.0):

80.6X.00	Menispektomie am Knie, nicht näher bezeichnet
80.6X.10	Menispektomie am Knie, arthroskopisch, partiell
80.6X.11	Menispektomie am Knie, arthroskopisch, total
80.6X.99	Menispektomie am Knie, sonstige

Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Knie (80.86), Detail der Subkategorie 80.86 (80.86.0):

80.86.11	Débridement am Kniegelenk
80.86.13	Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk

6. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2019

Tonsillektomie ohne Adenoidektomie (28.2):

28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie
28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung

Einleitende Bemerkung

Ein * am Ende eines ICD-10-Kodes in der letzten Spalte der Tabelle bedeutet, dass alle Codes des bezeichneten Stamms (= Buchstabe und Zahl vor *) mit den allfälligen weiteren Stellen eingeschlossen sind.

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat ³¹⁸ (ICD-10-GM-Kode, Version 2018 ³¹⁹ , Alter)
Alter			
1.1	Kinder	≤3 Jahre	Alter
Schwere oder instabile somatische Co-Morbidität			
2.1	Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem	Q20*–Q34*
3.1	Herz-Kreislauf	Herzinsuffizienz; NYHA >II	150.13; 150.14; 150.04!; 150.05!
3.2		Schwer einstellbare arterielle Hypertonie	nicht kodierbar
4.1	Broncho-pulmonal, nur im Falle einer Allgmeinanästhesie	COPD GOLD >II	J44*, mit fünfter Stelle -0 oder -1
4.2		Asthma instabil oder exazerbiert	nicht kodierbar
4.3		Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom OSAS mit AHI ≥15 und zuhause kein CPAP möglich	nicht kodierbar
4.4		Langzeit-Sauerstofftherapie	nicht kodierbar
5.1	Gerinnungsstörungen	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	D65*–69*
5.2		Therapeutische Antikoagulation	Z92.1

³¹⁸ Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

³¹⁹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2018 (ICD-10-GM, Version 2018) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > ICD-10-GM.

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat ³¹⁸ (ICD-10-GM-Kode, Version 2018 ³¹⁹ , Alter)
5.3	Blutverdünnung	Duale TC-Aggregationshemmung	nicht kodierbar
6.1	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3	N18.4; N18.5

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat (ICD-10-GM-Kode, Version 2018, Alter)
7.1	Metabolisch	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil	nicht kodierbar
7.2		Adipositas (BMI ≥ 40) (bei Kindern: >97. Perzentil)	E66*, mit fünfter Stelle -2, -4, -5
7.3		Mangelernährung/Kachexie (Erwachsene: BMI <17.5; bei Kindern: PYMS-Score ≥ 3 und Definition der Stadien der Mangelernäh- rung bei Kindern gemäss Kodierungs- handbuch ³²⁰)	E40*–E46*, mit Ausnahme von E44.1; R64; R63.6
7.4		Schwere Stoffwechselstörungen	E70*–E72*; E74*–E77*; E80*; E84*; E85*
9.1	Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arznei- mittel, Drogen), mit Komplikationen	F10*–19*, mit vierter Stelle -0, -3, -4, -5, -6
9.2		Schwere instabile psychische Störun- gen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge verunmöglichen	nicht kodierbar

Weitere Faktoren

90	Notwendigkeit für ständige Beaufsichti- gung	Z74.3
91	Relevante Verständigungsprobleme mit der Patientin/dem Patienten	nicht kodierbar
92	Keine kompetente erwachsene Kon- takt- oder Betreuungsperson im Haus- halt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 Std. postoperativ	nicht kodierbar
93	Keine Transportmöglichkeit nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital, inkl. Taxi	nicht kodierbar

³²⁰ Medizinisches Kodierungshandbuch, BFS, Version 2019, Anhang: Mangelernährung, Definition Stadien der Mangelernährung bei Kindern. Einsehbar unter: www.bfs.admin.ch
> Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > Kodierungshandbuch.

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat (ICD-10-GM-Kode, Version 2018, Alter)
94		Anfahrtszeit >60 Min. in ein Spital mit 24 Std. Notfall und entsprechender Disziplin	nicht kodierbar

Anhang ²³²¹
(Art. 20a)

Mittel- und Gegenstände-Liste

³²¹ In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) (AS **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487 7151, **2018** 2361 2375 5085, **2019** 439).

Anhang ³²²
(Art. 28)

Analysenliste

³²² In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL) (AS **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 3487 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487 7151, **2018** 2361 5085, **2019** 439 1931).

Anhang 4³²³
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif

³²³ In der AS nicht veröffentlicht. Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Arzneimittel. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (AS **2005** 2875).