Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung[1]

(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2015)

Das Eidgenössische Departement des Innern,

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

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen[4]

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1[5]

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 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).

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. 2[6] 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. 3[7] Kostenübernahme

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

Art. 3*a*[8]

Art. 3*b*[9] Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

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

a. Art der Erkrankung;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3*c* und **3*d***[11]

3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Art. 4

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

a.[13] Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet;

b.[14] Arzneimittel:
pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste in den Abgabekategorien B (Abgabe durch Apotheken auf ärztliche Verschreibung), C (Abgabe nach Fachberatung durch Medizinalperson) und D (Abgabe nach Fachberatung):

1. 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte),
2. 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Protonenpumpenhemmer),

10 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
11 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 2006 (AS **2006** 2957). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, mit Wirkung seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).
12 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
13 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 (AS **2003** 5283).
14 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine), 7.07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen),
4. 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.21 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Protonenpumpenhemmern), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen),
5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);

c.[15] Mittel und Gegenstände:
1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen,
2. Produkte der Gruppe 09.02.01 Transkutane elektrische Nervenstimulationsgeräte (TENS),
3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel,
4. Produkte der Gruppe 23. Orthesen,
5. Produkte der Gruppe 34. Verbandmaterial;

d.[16] Bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes,
2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten,
3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes und der peripheren Gelenke,
4. Diagnostischer Ultraschall,
5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie;

e.[17] physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

4. Abschnitt:[18] Pharmazeutische Leistungen

Art. 4*a*

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

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

15 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS **2013** 1925).
16 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS **2000** 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS **2013** 1925).
17 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
18 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

b. Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;

c. Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;

d. ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

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

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 52*a* KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:[19]

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.[20] Beckenboden-Physiotherapie;

c. Physikalische Massnahmen:
   1. Wärme- und Kältetherapie,
   2. Elektrotherapie,

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

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

3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
4. Ultraschall,
5. Hydrotherapie,
6. Muskel- und Bindegewebsmassage.[21]

1bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.[22]

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.[23]

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.[24]

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.[25]

5 Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959[26] über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.[27]

21 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).
22 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).
23 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).
24 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).
25 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).
26 SR **831.20**
27 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).

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.[28] 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.[29]

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

[4] Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.[30]

[5] Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959[31] über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.[32]

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

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

30 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).

31 SR **831.20**

32 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).

3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim[33]

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 1994[34], KVG).[35]

[2] Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

a.[36] Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:[37]

1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,

2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,

3.[38] 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 O^2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),

5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,

33 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
34 SR **832.10**
35 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
36 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 5769).
37 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
38 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).

6. Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
7.[39] Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
13.[40] pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
14.[41] Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;

c. Massnahmen der Grundpflege:
   1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
   2.[42] Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

[2bis] Die folgenden Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein:

a. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer

39 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
40 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 5769).
41 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 5769).
42 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS **2006** 5769).

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.[43]

2ter Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.[44]

3 Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25*a* 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.[45]

Art. 7*a*[46] Beiträge

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

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

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

c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.60 Franken.

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

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

a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.00 Franken;

b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 18.00 Franken;

c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 27.00 Franken;

d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 36.00 Franken;

e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 45.00 Franken;

43 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).

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

45 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).

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

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 2ter die Beiträge nach Absatz 3 an die Kostender Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag oder Nacht.

Art. 7*b*[47] Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

1 Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilsmässig. 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 KVG[48].

Art. 8[49] 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.[50]

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 Zeit-

47 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
48 SR **832.10**
49 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2039).
50 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

bedarf 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.[51]

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.[52]

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.[53]

6bis Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.[54]

7 Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.[55]

Art. 8*a*[56] Kontroll- und Schlichtungsverfahren

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

51 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
52 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
53 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
54 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2436).
55 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
56 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).

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 KVG[57]) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

Art. 9[58] 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. 9*a*[59]

3*a*. Abschnitt:[60] Ernährungsberatung

Art. 9*b*[61]

1 Der Ernährungsberater, die Ernährungsberaterin oder die Organisation der Ernährungsberatung im Sinne der Artikel 46, 50*a* und 52*b* KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:[62]

a.[63] Stoffwechselkrankheiten;

b.[64] Adipositas (Body-Mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;

57 SR **832.10**
58 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).
59 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).
60 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1997** 564).
61 Ursprünglich Art. 9*a*.
62 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 5829).
63 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1999** 528).
64 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Okt. 2012, in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS **2012** 5829).

b^bis^.[65] 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.[66]

3 Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin richten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll.[67]

3*b*. Abschnitt:[68] Diabetesberatung

Art. 9*c*

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.[69]

65 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 6. Dez. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 5329).
66 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1999** 528).
67 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
68 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1999** 528).
69 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Nov. 2004, in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS **2004** 5401).

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.[70]

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

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

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

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

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

Art. 11 Voraussetzungen

1 Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie in einem Zeitraum von längstens drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

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

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

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

Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.[71]

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

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

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12[72] Grundsatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG[73]):

a. prophylaktische Impfungen (Art. 12*a*);

b. Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (Art. 12*b*);

c. Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (Art. 12*c*);

d. Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen (Art. 12*d*);

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. 12*e*).

Art. 12*a*[74] Prophylaktische Impfungen

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

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

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

73 SR **832.10**

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

Massnahme	Voraussetzung
a.[75] Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2014» (Impfplan 2014)[76] des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). Auf die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln wird vom 1.1.2013 bis zum 31.12.2015 für Personen, die nach dem 31.12.1963 geboren sind, keine Franchise erhoben.
b.[77] Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss Impfplan 2014.
c.[78] Impfung gegen Influenza	1. Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Impfplan 2014. 2. Während einer Influenza-Pandemie-Bedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (nach Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005[79]). Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.
d.[80] Hepatitis-B-Impfung	1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

75 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
76 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
77 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).
78 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).
79 SR **818.101.23**
80 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

Massnahme	Voraussetzung
	2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98[81] und Ergänzung des Bulletins 36/98[82]) sowie gemäss Impfplan 2014.
e. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.
f.[83] Pneumokokken-Impfung	1. Gemäss Impfplan 2014. 2. Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen.
g.[84] Meningokokken-Impfung	Gemäss Impfplan 2014. Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen. Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
h.[85] Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss Impfplan 2014.
i.[86] Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Gemäss Impfplan 2014. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
j.[87] Varizellen-Impfung	Gemäss Impfplan 2014.

81 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
82 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
83 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).
84 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
85 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).
86 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
87 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

Massnahme	Voraussetzung
k. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Juni 2007 (BAG-Bulletin Nr. 25/2007[88]): a. Generelle Impfung der Mädchen im Schulalter; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15–26 Jahren. Diese Bestimmung gilt bis zum 31. Dezember 2017. 2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen: a. Die Information der Zielgruppen und von deren Eltern/gesetzlicher Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt. b. Der Einkauf des Impfstoffs erfolgt zentral. c. Die Vollständigkeit der Impfungen (Impfschema gemäss Empfehlungen des BAG und der EKIF) wird angestrebt. d. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert. e. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt. 3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.
l.[89] Hepatitis-A-Impfung	Gemäss Impfplan 2014. Bei folgenden Personen: – bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung

88 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
89 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

Massnahme	Voraussetzung
	– 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. 12*b*[90] Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen).
b. Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.
c.[91] HIV-Postexpositionsprophylaxe	Gemäss den Empfehlungen des BAG vom 24. November 2014 (BAG-Bulletin Nr. 48, 2014)[92]. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

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

Massnahme	Voraussetzung
d.[93] Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen «Postexpositionelle passive Immunisierung» vom Oktober 2004)[94]. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
e.[95] Prophylaktische Mastektomie und / oder Adnexektomie	Bei Trägerinnen von Mutationen oder Deletionen im BRCA1- oder BRCA2-Gen

Art. 12*c*[96] Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes

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

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

Art. 12*d*[97] Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen

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

91 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).
92 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
93 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).
94 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
95 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).
96 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6839).
97 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6839).

Massnahme	Voraussetzung
a. HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
b.[98] 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.[99] Mammografie	Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Häufigkeit nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammografie, das dokumentiert werden muss. Die Mammografie muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinischer Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening. 2nd edition).
e. In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie	Bei Personen nach einem Anästhesiezwischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie und bei Blutsverwandten ersten Grades von Personen, bei denen eine maligne Hyperthermie unter Anästhesie bekannt ist und eine Prädisposition für maligne Hyperthermie dokumentiert ist. In einem Zentrum, das von der «European Malignant Hyperthermia Group» anerkannt ist.

98 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
99 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 14. Juni 2010, in Kraft seit 1. Juli 2010 (AS **2010** 2755).

Massnahme	Voraussetzung
f.[100] 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	Bei Patienten und Patientinnen und Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit: – hereditärem Brust- oder Ovarialkrebssyndrom – Polyposis Coli/attenuierter Form der Polyposis Coli – hereditärem Coloncarcinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polypotic colon cancer HNPCC) – Retinoblastom 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.

Art. 12*e*[101] 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:

100 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
101 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6839).

Massnahme	Voraussetzung
a. [102] Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose.	Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
b. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung inklusive Krebsabstrich	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden; sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
c. [103] Screening-Mammografie	Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999[104] über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.
d. [105] Früherkennung des Kolonkarzinoms	Im Alter von 50 bis 69 Jahren. Untersuchungsmethoden: – Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes; oder – Koloskopie, alle 10 Jahre. Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Waadt oder Uri statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

102 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 6. Dez. 2013, in Kraft seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 5329).
103 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Okt. 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS **2009** 6083).
104 SR **832.102.4**
105 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013 (AS **2013** 1925). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG[106]):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1.[107] In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	– *Erstkonsultation:* Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). – *Weitere Konsultationen:* Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b.[108] Ultraschallkontrollen	
1.[109] In der normalen Schwangerschaft eine Routineuntersuchung in der 11.–14. Schwangerschaftswoche; eine Routineuntersuchung in der 20.–23. Schwangerschaftswoche	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Durchführung gemäss den «Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft» der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) in der Fassung vom 15. Oktober 2002. Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall (SGUM).

106 SR **832.10**
107 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 6493).
108 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).
109 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).

Massnahme	Voraussetzung
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Nur durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall (SGUM) .
c.[110] Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokografie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d.[111] Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: – bei Schwangeren ab 35 Jahren (massgebend ist das vollendete Altersjahr zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins) – bei Schwangeren unter 35 Jahren, bei denen ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Kind eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

Art. 14 Geburtsvorbereitung

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

110 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Juni 2008, in Kraft seit 1. Aug. 2008 (AS **2008** 3553).
111 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juni 2013, in Kraft seit 1. Juli 2013 (AS **2013** 1925).

Art. 15 Stillberatung

1 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG[112]) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.[113]

2 Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16[114] Leistungen der Hebammen

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

a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
   1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
   2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.

b. Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.

c. Die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben c und e sowie nach den Artikeln 14 und 15.

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

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

112 SR **832.10**
113 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
114 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 6493).

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG[115]). 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.

115 SR **832.10**

Art. 18 Allgemeinerkrankungen[116]

[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 KVG[117]):

a.[118] Erkrankungen des Blutsystems:
1. Neutropenie, Agranulozytose,
2. Schwere aplastische Anämie,
3. Leukämien,
4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
5. Hämorraghische Diathesen;

b. Stoffwechselerkrankungen:
1. Akromegalie,
2. Hyperparathyreoidismus,
3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);

c. Weitere Erkrankungen:
1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
5. Sklerodermie,
6. AIDS,
7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;

d. Speicheldrüsenerkrankungen;

e.[119] …

[2] Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.[120]

116 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).
117 SR **832.10**
118 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).
119 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, mit Wirkung seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).
120 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

Art. 19[121] Zahnärztliche Behandlungen[122]

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG[123]):

a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;

b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;

c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;

d. bei Endokarditis;

e.[124] bei Schlafapnoe-Syndrom.

Art. 19*a*[125] Geburtsgebrechen

[1] Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:[126]

a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;

b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG[127], nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

[2] Geburtsgebrechen im Sinne von Absatz 1 sind:

1. *Dysplasia ectodermalis*;

2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (*Epidermolysis bullosa hereditaria*, *Acrodermatitis enteropathica* und *Pemphigus benignus familiaris chronicus*;

3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, *Dysplasia epiphysaria multiplex*);

4. Angeborene Dysostosen;

5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;

6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;

121 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).
122 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
123 SR **832.10**
124 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).
125 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Jan. 1997 (AS **1997** 564).
126 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2697).
127 SR **832.10**

7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. *Arthromyodysplasia congenita* (Arthrogryposis);
11. *Dystrophia musculorum progressiva* und andere congenitale Myopathien;
12. *Myositis ossificans progressiva congenita*;
13. Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte);
14. Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten;
15. Angeborene Nasen- und Lippenfistel;
16.[128] *Proboscis lateralis*;
17.[129] Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. *Anodontia totalis congenita* oder *Anodontia partialis congenita* bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. *Hyperodontia congenita*, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. *Micrognathia inferior congenita* mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
    - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
    - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. *Mordex apertus congenitus*, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;

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

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.[130] Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);

28a.[131] Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinander liegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen (exklusive Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt.

29. Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichert'scher Knorpel);
30. *Haemangioma cavernosum aut tuberosum*;
31. *Lymphangioma congenitum*, sofern Operation notwendig ist;
32. Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien;
33. Histiozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwesche-Krankheit);
34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (*Encephalocele*, *Arachnoidalzyste*, *Myelomeningozele*, *Hydromyelie*, *Meningocele*, *Megalencephalie*, *Porencephalie* und *Diastematomyelie*);

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

131 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).

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

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

Art. 20[132] 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. 20*a*[133] 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 KVG[134] 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 publiziert[135]. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.[136] [137]

Art. 21[138] 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.

132 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3581).
133 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Aug. 2007 (AS **2007** 3581).
134 SR **832.10**
135 http://www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Mittel- und Gegenständeliste
136 Die Liste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.
137 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
138 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 28. Juni 2007, in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 3581).

Art. 22 Limitierungen

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

Art. 23 Anforderungen

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

Art. 24 Vergütung

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

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

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

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

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

Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badekuren

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

Art. 26 Beitrag an die Transportkosten

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

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

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

Art. 27 Beitrag an die Rettungskosten

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

8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 28

1 Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG[139] vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.[140]

2 Die Analysenliste wird in der AS und in der SR nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des Bundesamtes für Gesundheit publiziert[141]. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.[142] [143]

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29[144]

1 Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG[145] 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.[146]

139 SR **832.10**
140 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2546).
141 http://www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Analysenliste
142 Die Liste kann beim BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern bezogen werden.
143 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
144 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).
145 SR **832.10**
146 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

1 Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:[147]

a.[148] seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;

b.[149] die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) vorliegt.

2 …[150]

Art. 30*a*[151] Aufnahmegesuch

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

a.[152] die Voranzeige der Swissmedic mit deren Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen;

b. die der Swissmedic eingereichte Fachinformation;

b*bis*.[153] bei Originalpräparaten mit Patentschutz: die Nummern der Patente und der ergänzenden Schutzzertifikate sowie deren Ablaufdaten;

c. falls das Arzneimittel im Ausland bereits zugelassen ist, die genehmigten ausländischen Fachinformationen;

d. die der Swissmedic eingereichte Zusammenfassung der klinischen Dokumentation;

e. die wichtigsten klinischen Studien;

f. die Fabrikabgabepreise in allen Vergleichsländern gemäss Artikel 35 sowie der Zielpreis für die Europäische Gemeinschaft;

g.[154] …

147 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).
148 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).
149 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
150 Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001, mit Wirkung seit 1. Jan. 2002 (AS **2001** 3397).
151 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.
152 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).
153 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).
154 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, mit Wirkung seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357).

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. 31[155] Aufnahmeverfahren

1 Das BAG unterbreitet Gesuche um Aufnahme in die Spezialitätenliste der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK).

2 Das BAG stellt der EAK anlässlich deren Sitzung die Unterlagen nach Artikel 30*a* zu. Es kann der EAK weitere sachdienliche Unterlagen zukommen lassen.

3 Die EAK teilt jedes Arzneimittel in eine der folgenden Kategorien ein:

a. medizinisch-therapeutischer Durchbruch;

b. therapeutischer Fortschritt;

c. Kosteneinsparung im Vergleich zu anderen Arzneimitteln;

d. kein therapeutischer Fortschritt und keine Kosteneinsparung;

e. unzweckmässig für die soziale Krankenversicherung.

4 Das BAG kann Aufnahmegesuche behandeln, ohne sie der EAK vorzulegen, wenn diese Folgendes betreffen:

a. neue galenische Formen, Packungsgrössen oder Dosisstärken von bereits in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimitteln, innerhalb der bestehenden Indikationen;

b. Arzneimittel, die gemäss den Artikeln 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000[156] bei der Swissmedic zweitangemeldet wurden und deren Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist;

c. Co-Marketing-Arzneimittel, deren Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste aufgeführt ist.

5 Das BAG verfügt in der Regel innert 60 Tagen ab der definitiven Zulassung durch die Swissmedic über die Aufnahme in die Spezialitätenliste, sofern die Aufnahmegesuche mit Voranzeige der Swissmedic nach Artikel 30*a* Absatz 1 Buchstabe a und mit vollständigen Unterlagen eingereicht wurden.

Art. 31*a*[157] Beschleunigtes Aufnahmeverfahren

1 Hat die Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 5 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001[158] bewilligt, führt das BAG ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren durch.

155 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357)..
156 SR **812.21**
157 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357).
158 SR **812.212.21**

2 Im beschleunigten Aufnahmeverfahren kann ein Gesuch bis spätestens 20 Tage vor der Sitzung der EAK, an der es behandelt werden soll, eingereicht werden.

Art. 32[159] 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. 33[160] 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.[161]

Art. 34 Wirtschaftlichkeit

1 …[162]

2 Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels werden berücksichtigt:

a. dessen Fabrikabgabepreise im Ausland;

b. dessen Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise;

c. dessen Kosten pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise

d. bei einem Arzneimittel im Sinne von Artikel 31 Absatz 2 Buchstaben a und b ein Innovationszuschlag für die Dauer von höchstens 15 Jahren; in diesem Zuschlag sind die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen zu berücksichtigen.[163]

3 …[164]

159 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
160 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).
161 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
162 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4251).
163 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
164 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, mit Wirkung seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4251).

Art. 35[165] Preisvergleich mit dem Ausland

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

2 Verglichen wird mit Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich und Österreich. Es kann mit weiteren Ländern verglichen werden.[166]

3 Die Zulassungsinhaberin teilt dem BAG den Fabrikabgabepreis der Referenzländer nach Absatz 2 mit. Sie ermittelt ihn aufgrund von Regelungen von Behörden oder Verbänden und lässt ihn von einer Behörde oder einem Verband bestätigen. Der Fabrikabgabepreis wird gestützt auf einen vom BAG ermittelten durchschnittlichen Wechselkurs über zwölf Monate in Schweizerfranken umgerechnet.[167]

Art. 35*a*[168] Vertriebsanteil

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

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

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

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

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

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

165 Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002 (AS **2002** 3013).
166 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 1. Juli 2009, in Kraft seit 1. Okt. 2009 (AS **2009** 4251).
167 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS **2012** 1769).
168 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).

Art. 35*b*[169] Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre

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

2 Davon ausgenommen sind Originalpräparate, die seit ihrer letzten Überprüfung der Aufnahmebedingungen einer Preisüberprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung oder aufgrund einer Änderung oder Aufhebung einer Limitierung nach Artikel 65*f* Absatz 2 zweiter Satz KVV unterzogen wurden. Das BAG führt die nächste Überprüfung dieser Originalpräparate im dritten Jahr nach der Preisüberprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung oder aufgrund einer Änderung oder Aufhebung einer Limitierung durch.[170]

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

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

a. die von einer zeichnungsberechtigten Person der zuständigen Auslandsvertretung der Zulassungsinhaberin bestätigten, am 1. April des Überprüfungsjahres geltenden Fabrikabgabepreise aller Vergleichsländer nach Artikel 35 Absatz 2;

b. bei der erstmaligen Überprüfung die Anzahl der seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste verkauften Packungen des Originalpräparates in der Schweiz, für sämtliche Handelsformen einzeln ausgewiesen;

c. aktualisierte Daten mit Angabe der gegenüber der vorausgegangenen Überprüfung veränderten Informationen zum Arzneimittel.

5 Für die Ermittlung der Preise nach Absatz 4 Buchstabe a muss die Zulassungsinhaberin, die das zu überprüfende Originalpräparat vertreibt, dem BAG die umsatzstärkste Packung sämtlicher Handelsformen desselben Wirkstoffs während der letzten zwölf Monate in der Schweiz mitteilen. Das BAG kann die entsprechenden Umsatzzahlen einfordern.[171]

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

169 Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010, in Kraft seit 1. Aug. 2010 (AS **2010** 3249). Siehe auch die UeB Änd. 30.6.2010 und 21.3.2012 am Schluss des Textes.

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

171 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS **2012** 1769).

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

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

9 …[172]

10 Im Zuge der Überprüfung nach Absatz 1 gelten Generika als wirtschaftlich, wenn ihre Fabrikabgabepreise mindestens um die folgenden Prozentsätze tiefer sind als die am 1. April des Überprüfungsjahres gültigen durchschnittlichen Fabrikabgabepreise der entsprechenden Originalpräparate im Ausland:

a. 10 Prozent, sofern ihre Fabrikabgabepreise bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste die Voraussetzungen nach Artikel 65*c* Absatz 2 Buchstabe a KVV erfüllten;

b. 20 Prozent in allen anderen Fällen.[173]

Art. 35*c*[174] Rückerstattung der Mehreinnahmen

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

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

3 Die Mehreinnahmen werden wie folgt berechnet:

a. Zuerst wird die Preisdifferenz zwischen dem Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme und demjenigen nach der Preissenkung ermittelt.

b. Danach wird diese Preisdifferenz multipliziert mit der Anzahl der seit der Aufnahme bis zur Preissenkung verkauften Packungen.

4 Massgebend für die Berechnung der Mehreinnahmen sind die Wechselkurse im Moment der Aufnahme des Präparates.

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

172 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2012, mit Wirkung seit 1. Mai 2012 (AS **2012** 1769).

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

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

6 Senkt die Zulassungsinhaberin vor dem 1. November des Überprüfungsjahres den Fabrikabgabepreis ihres Originalpräparates freiwillig auf das durchschnittliche Preisniveau der Referenzländer nach Artikel 35 Absatz 2, so hat sie dem BAG diese durchschnittlichen Preise zum Zeitpunkt des Antrags auf freiwillige Preissenkung einzureichen. Erfolgt diese Senkung innerhalb der ersten 18 Monate seit der Aufnahme eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste, so ist die Zulassungsinhaberin nicht zur Rückerstattung der Mehreinnahmen verpflichtet.[175]

7 Das BAG verfügt die Höhe der Mehreinnahmen und die Frist, innert der sie der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG[176] zu bezahlen sind.

Art. 36[177] Wirtschaftlichkeitsbeurteilung während der ersten 15 Jahre[178]

1 Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35*a* noch erfüllen.[179]

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.[180]

Art. 37[181] Überprüfung der Aufnahmebedingungen nach Patentablauf

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

Art. 37*a*[182]

175 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 21. März 2012, in Kraft seit 1. Mai 2012 (AS **2012** 1769). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.
176 SR **832.10**
177 Siehe auch die UeB Änd. 21.3.2012 am Schluss dieses Textes.
178 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).
179 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006, in Kraft seit 10. Mai 2006 (AS **2006** 1757).
180 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357).
181 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 30. Juni 2010, in Kraft seit 1. Aug. 2010 (AS **2010** 3249). Siehe auch die UeB Änd. 21.3.2012 am Schluss dieses Textes.
182 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 21. Nov. 2007, mit Wirkung seit 1. Jan. 2008 (AS **2007** 6839).

Art. 37*b*[183] Indikationserweiterung und Limitierungsänderung

[1] Für die Überprüfung eines Originalpräparates aufgrund einer Indikationserweiterung nach Artikel 65*f* KVV muss die Zulassungsinhaberin dem BAG einreichen:

a. die Zulassungsverfügung;

b. die Zulassungsbescheinigung;

c. die definitive Fachinformation;

d. die Unterlagen nach Artikel 30*a* Absatz 1 Buchstaben b[bis]–f und 2.

[2] Für die Überprüfung eines Originalpräparates aufgrund einer Änderung oder Aufhebung einer Limitierung nach Artikel 65*f* KVV muss die Zulassungsinhaberin dem BAG die Unterlagen nach Artikel 30*a* Absatz 1 Buchstaben a–f und 2 einreichen.

Art. 37*c*[184]

Art. 37*d*[185] Umfang und Zeitpunkt der Überprüfungen

[1] Die Überprüfungen nach den Artikeln 37–37*c* umfassen alle Packungsgrössen, Dosierungen und galenischen Formen des Originalpräparates.

[2] Massgebend für den Zeitpunkt der Überprüfung ist das Datum der Aufnahme der ersten Packungsgrösse, Dosierung oder galenischen Form eines Originalpräparates in die Spezialitätenliste.

Art. 38[186]

4. Abschnitt:[187] Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Art. 38*a*[188]

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

183 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, in Kraft seit 1. Juni 2013 (AS **2013** 1357).

184 Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 26. April 2006 (AS **2006** 1757). Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Sept. 2007 (AS **2007** 4443 4633).

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

186 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 8. Mai 2013, mit Wirkung seit 1. Jan. 2014 (AS **2013** 1357).

187 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).

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

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

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

4 Senkt die Inhaberin der Zulassung für ein Originalpräparat oder ein Co-Marketing-Arzneimittel nach Patentablauf den Fabrikabgabepreis in einem Schritt auf das Generikapreisniveau nach Artikel 65*c* 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.

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

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

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung

1. Kapitel: …

Art. 39[189]

2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik

Art. 40[190]

Die nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannten Schulen für Chiropraktik werden in Artikel 1 der Verordnung des EDI vom 20. August 2007[191] über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen bestimmt.

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

190 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).

191 SR **811.115.4**

3. Kapitel: …

Art. 41[192]

4. Kapitel: Laboratorien

Art. 42 Aus- und Weiterbildung

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

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

a. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. medizinische Laborantin mit höherer Fachausbildung SRK» oder «Dipl. medizinischer Laborant mit höherer Fachausbildung SRK»;

b. ein Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «Dipl. biomedizinische Analytikerin HF mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK» oder «Dipl. biomedizinischer Analytiker mit Höherer Fach- und Führungsausbildung SRK»;

c. ein Äquivalenzattest für Cheflaborantinnen und Cheflaboranten des Schweizerischen Roten Kreuzes;

d. ein eidgenössisches Diplom «Expertin in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder «Experte in biomedizinischer Analytik und Labormanagement» oder ein als gleichwertig anerkanntes Diplom.[193]

3 Als Weiterbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter medizinisch-analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie und medizinischer Mikrobiologie. Das Eidgenössische Departement des Innern entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.[194]

4 …[195]

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

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

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

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

Art. 43[196] Weitergehende Anforderungen im Bereich der medizinischen Genetik

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

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

b. die für die entsprechenden Untersuchungen über eine Bewilligung des BAG zur Durchführung genetischer Untersuchungen beim Menschen verfügen.[197]

2 Einzelne Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen auch in Laboratorien durchgeführt werden, deren Leiter oder Leiterin sich über eine von der FAMH anerkannte oder vom Eidgenössischen Departement des Innern als gleichwertig anerkannte Weiterbildung ausweist, welche die medizinische Genetik einschliesst. Die Anforderungen an die Weiterbildung für die einzelnen Analysen sind in der Analysenliste festgelegt (Suffix).[198]

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965[199] über die Krankenversicherung betreffend die Beiträge der Versicherungsträger an die Kosten der zur Erkennung und Behandlung der Tuberkulose notwendigen Massnahmen;

b. die Verordnung 3 des EDI vom 5. Mai 1965[200] über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;

c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965[201] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;

196 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 17. Nov. 2003, in Kraft seit 1. Jan. 2004 S **2003** 5283).
197 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. April 2007, in Kraft seit 1. April 2007 (AS **2007** 1367).
198 Siehe die SchlB Änd. 4.4.2007 am Ende dieses Textes.
199 [AS **1965** 127, **1970** 949, **1971** 1714, **1986** 1487 Ziff. II]
200 [AS **1965** 425, **1968** 1012, **1974** 688, **1986** 891]
201 [AS **1965** 613, **1986** 1487 Ziff. II]

d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965[202] über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;

e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965[203] über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;

f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985[204] über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;

g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990[205] über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;

h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968[206] über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;

i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989[207] über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;

k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988[208] über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45[209]

Art. 46 Inkrafttreten[210]

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

2 …[211]

3 …[212]

202 [AS **1965** 1199, **1986** 1487 Ziff. II, **1988** 973]
203 [AS **1965** 1201, **1968** 798, **1971** 1262, **1986** 1487 Ziff. II, **1988** 2012, **1993** 349, **1995** 890]
204 [AS **1986** 87]
205 [AS **1991** 519, **1995** 891]
206 [AS **1968** 1496, **1986** 1487]
207 [AS **1990** 127, **1991** 959, **1994** 765]
208 [AS **1989** 374, **1995** 750 3688]
209 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, mit Wirkung seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).
210 Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).
211 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996, mit Wirkung seit 1. Mai 1996 (AS **1996** 909).
212 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, mit Wirkung seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

Schlussbestimmung der Änderung vom 17. November 2003[213]

Laboratorien, deren Leiter oder Leiterin sich über eine von der FAMH anerkannte Weiterbildung ohne Einschluss der medizinischen Genetik ausweist und die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnungsänderung bereits Analysen nach Artikel 43 Absatz 2 durchgeführt haben, können diese weiterhin durchführen, sofern der Leiter oder die Leiterin über eine Bestätigung der FAMH über Erfahrung in medizinischer Genetik nach Punkt 8.4 der Übergangsbestimmungen des Reglements und Weiterbildungsprogramms zum Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH in der Fassung vom 1. März 2001 (Zusatz «inkl. DNS/RNS-Diagnostik») verfügt[214].

Schlussbestimmung der Änderung vom 12. Dezember 2005[215]

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

Schlussbestimmungen der Änderung vom 3. Juli 2006[216]

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[217].[218]

2 ...[219]

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 4. April 2007[220]

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.

213 AS **2003** 5283
214 In der AS nicht veröffentlicht. Das Reglement kann beim Bundesamt für Gesundheit eingesehen werden.
215 AS **2006** 21
216 AS **2006** 2957
217 AS **2006** 23
218 In Kraft seit 1. Juli 2006.
219 Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, mit Wirkung seit 1. Jan. 2012 (AS **2011** 6487).
220 AS **2007** 1367

Schlussbestimmungen zur Änderung vom 24. September 2007[221]

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

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

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

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

a. der Fabrikabgabepreis des Originalpräparates am 1. Oktober 2007 (Ausgangswert) den nach Absatz 3 ermittelten Preis um mehr als 8 Prozent übersteigt;

b. das Unternehmen bis zum 30. November 2007 kein Gesuch stellt, den Fabrikabgabepreis mit Wirkung ab 1. März 2008 auf einen Preis zu senken, welcher den Fabrikabgabepreis nach Absatz 3 um höchstens 8 Prozent übersteigt.

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

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

221 AS **2007** 4443

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. Juni 2010[222]

1 Die erste Überprüfung der nach Artikel 35*b* 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 35*b* 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 35*c* Absatz 6 keine Anwendung.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 2. Februar 2011[223]

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

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

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. März 2012[224]

222 AS **2010** 3249
223 AS **2011** 657
224 Anwendbar vom 1. Mai 2012 bis zum 31. Dez. 2014 (AS **2012** 1769 Ziff. III Abs. 2).

Anhang 1[225]
(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.

225 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) und vom 20. Nov. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS **2014** 4393).

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	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
1.1 Allgemein			
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	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung	1.1.2015
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 25. September 2013[226] zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 25. September 2013 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrative Richtlinien der SMOB vom 25. September 2013 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein		1.7.2002
Endolasertherapie von Varizen	Nein		1.1.2004
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.7.2013
1.2 Transplantationschirurgie			
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 Transplantations-	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		gesetzes vom 8. Oktober 2004[227] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[228]. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	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, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.1.2003
Pankreas- nach	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital	1.7.2010

227 SR **810.21**
228 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Nierentransplantation		Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	
Isolierte Pankreastransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simultane Insel- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Insel- nach Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2010
Isolierte Allotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Autotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarmtransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerale Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen.	1.7.2002/ 1.7.2010
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, *lege artis* durchgeführter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011[229]. Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
1.3 Orthopädie, Traumatologie			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h. wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Versicherung.	16.1.1969
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.1.2004

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Nein		1.1.2002
Autologe Chondrozytentransplantation	Nein		1.1.2002/ 1.1.2004
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss. Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004[230]. 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. 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 Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.8.2008
Laser-Meniscectomie	Nein		1.1.2006

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1.4 Urologie und Proktologie			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		3.12.1981/ 1.1.2012
Extrakorporale Stosswellen-lithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).	22.8.1985/ 1.8.2006
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskularisationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz.	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hochenergie Transurethrale Mikrowellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	1.1.2003/ 1.1.2008
Behandlung von Blasenentleerungsstörung durch cystoskopische Injektion von Botulinumtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Bei folgenden Indikationen: – Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen. – Idiopathische hyperaktive Blase bei Erwachsenen Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen. An einer in Neuro-Urologie oder Urogynäkologie spezialisierten Institution.	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015
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 photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostataobstruktionssyndrom.	1.7.2011
2 Innere Medizin			
2.1 Allgemein			
Ozon-Injektionstherapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei	
		– chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden	1.4.1994
		– akuter Osteomyelitis am Kiefer	1.9.1988
		– chronischer Osteomyelitis	
		– diabetischem Fusssyndrom im Stadium ≥2B nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation	1.7.2011
		– 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.[231]	1.1.2006/ 1.7.2011
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	7.3.1974
– durch Amphetaminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	Nein		7.3.1974
– durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		7.3.1974

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ja	Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause»[232] vom Januar 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: – Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin. – Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. – Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung.	27.8.1987/ 1.1.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997

Plasmapherese	Ja	Indikationen:
		– 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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	25.8.1988/ 1.1.2005
		Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	1.1.2007
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
		Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5. Ausgabe vom März 2012[233].	
		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[234] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[235].	
		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.	1.1.1997/ 1.1.2013

233 Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
234 SR **810.21**
235 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – bei myelodysplastischen Syndromen – bei der chronisch myeloischen Leukämie – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor – beim Rhabdomyosarkom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Nein	– 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.	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013
– allogen	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei der chronischen myeloischen Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender) – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).	1.1.1997/ 1.1.2013
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – beim Nierenzellkarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Nein	– beim Mammakarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
Gallensteinzertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den «Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie vom 6. September 2001»[236].	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	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 FMH mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie gemäss den «Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie vom 6.9.2001»[237].	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den «Richtlinien zur Zertifizierung von ‹Zentren für Schlafmedizin› zur Durchführung von Polysomnographien» der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999[238].	1.1.2000
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in anerkannten Zentren, gemäss den «Richtlinien zur Zertifizierung von ‹Zentren für Schlafmedizin› zur Durchführung von Polysomnographien» der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999[239].	1.1.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den «Richtlinien zur Zertifizierung von 'Zentren für Schlafmedizin' zur Durchführung von Polysomnographien» der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999[240].	1.1.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.7.2002

237 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
238 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
239 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
240 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellularen Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellularen Karzinomen.	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit leichter aktinischer Keratose	1.1.2014
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2004/ 1.1.2006
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
		Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war	1.1.2009/ 1.1.2012
	Nein	Bei Lungen-Transplantation	1.1.2009
2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	13.5.1976

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja	Gemäss den «Richtlinien zur Therapie von Herzrhytmusstörungen mit Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren und perkutaner Katheterablation» der Arbeitsgruppe «Herzschrittmacher und Elektrophysiologie» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000[241].	1.1.2001
Telefonische Überwachung 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 Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.1.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurffraktion ≤ 35 % trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: – In-Stent-Restenosen – Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.7.2012
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %–15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Ja	In Evaluation. Bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen, unter folgenden (kumulativen) Voraussetzungen: 1. Das TAVI-Verfahren muss gemäss den europäischen Richtlinien «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)»[242] durchgeführt werden. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens ein Facharzt oder eine Fachärztin für interventionelle Kardiologie, der/die für TAVI-Eingriffe ausgebildet ist, für nicht interventionelle Kardiologe, für Herzchirurgie und für Anästhesie angehören. 4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	1.7.2013 bis 30.6.2018
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenausriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators 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	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapie-resistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.7.2002

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen:
		– 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:
		  – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen
		  – Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome
			23.8.1984

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Schmerzzustände nach Nerven-kompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerz-ausstrahlungen nach Diskushernie-operation oder Carpaltunnel-operation	
Periphere Nerven-stimulation 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).[243]	1.7.2014
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medi-kamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.1.1996
Intrathekale Be-handlung chroni-scher somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implan-tierten Medi-kamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potenziale als Gegen-stand neuro-logischer Spezialun-tersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähig-keitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie 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 Patien-ten oder der Patientin durch das An-fallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz – 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 Nachbehandlungsmög-lichkeiten verfügt	1.1.1996/ 1.8.2006

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: – Balkendurchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird. Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.1.2004
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Bandscheiben-Prothesen	Ja	In Evaluation Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. – Degeneration von maximal zwei Segmenten – minimale Degeneration der Nachbarsegmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. 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 und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginnen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 bis 31.12.2016

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	In Evaluation 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 und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginnen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014 bis 31.12.2016
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESYS)	Ja	In Evaluation 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 und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginnen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014 bis 31.12.2016
Allgemeinnarkose	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische	1.7.2010

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen)		Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)	Ja		1.7.2011/ 1.7.2012
2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie			
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
2.5 Krebsbehandlung			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit – Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); – Fernmetastasen	1.1.2001

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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-Abflussstörungen. 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
Multigen-Test beim Mammakarzinom (Breast Cancer Assay)	Ja	In Evaluation Indikation: Primäres, invasives Mammakarzinom mit folgenden Eigenschaften: – Der Östrogenrezeptor ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor2-Rezeptor ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loko-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde erlauben keine eindeutige adjuvante Chemotherapie-Entscheidung. Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie. Bei Durchführung des labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG[244] oder ISO 15189 /17025[245] entsprechen.	1.1.2011/ 1.1.2015 bis 31.12.2017
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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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. 12*e* Bst. b KLV)	Ja		1.1.1996/ 1.8.2008
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12*e* Bst. b KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12*e* Bst. b KLV)	Nein		1.7.2002/ 1.8.2008

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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[246].	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	– Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 27.7.2004 mit dem Titel «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz»[247] – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen.	1.1.2004/ 1.1.2005
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Ambulante multiprofessionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	1. Indikation: a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006[248] und No. 1/2011 vom 4. März 2011[249].	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014

246 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
247 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
248 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
249 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007[250]. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. 3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.	
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	1. Indikation: 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. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 und No. 1/2011 vom 4. März 2011.	1.1.2014

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		2. Therapie: 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 «Pediatrica», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007[251]. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonografie nach Graf bei	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Neugeborenen und Säuglingen			
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
– Aknenarben	Nein		1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.7.2009
Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1.7.2011[252].	1.7.2011

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.7.2013
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969
Visuelle evozierte Potenziale als Gegen-stand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2006
	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
Dilatation von Tränengangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	– Unter Durchleuchtungskontrolle – Mit oder ohne Stent-Einlage – Ausführung durch interventionelle Radiologen oder Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung.	1.1.2006/ 1.1.2008
Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff – Indikationsstellung für Behandlungen der Retina	1.1.2004/ 1.8.2008

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.	
UV-Crosslinking der Hornhaut bei Keratokonus	Nein		1.8.2008
Keratokonusbehandlung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht. Durchführung an A-, B- und C-Zentren/ Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.8.2007
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2010
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschall-vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Laseranwendung bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen. In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspitäler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996/ 1.1.2015
Implantation des Mittel-Ohrimplantatsystems 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
Speichelsteinlithotripsie	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 Schweizeri-	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		schen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Juli 2013[253];	
		b. bei der heroingestützten Behandlung: Bestimmungen der Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (SR *812.121.6*) sowie Richtlinien und Empfehlungen des Handbuches des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information» vom September 2000[254].	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014
		2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein.	
		3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: a. ärztliche Leistungen: – Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zugrunde liegende Störungen – Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen) – Erstellen der Diagnose und der Indikation – Erstellen eines Behandlungsplanes – Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer – Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt – Qualitätssicherung	

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen – Evaluation des therapeutischen Prozesses – Rückfragen bei der Abgabestelle – Überprüfung der Diagnose und der Indikation – Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden – Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer – Qualitätskontrolle. b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin: – Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates – Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde – Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin – Beratung 4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden. 5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden.	
Opiatentzugs-eilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugs-eilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.1.1998
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980
9 Radiologie			
9.1 Röntgendiagnostik			
Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie			
– mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	– bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012
		– Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, *Colitis ulcerosa*, Zöliakie) – primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – *Osteogenesis imperfecta* – HIV.	1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen.	1.3.1995
		Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– Knochen-formationsmar-ker	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 Kern-resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008[255] der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen: 1. in der Kardiologie: – präoperativ vor einer Herztransplantation. 2. in der Onkologie: – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011[256] 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 Spezialärzte und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum Alter von 80 Jahren, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	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
		4. In Evaluation Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.7.2014 bis 31.12.2017

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014 bis 31.12.2017
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels 18F-Florbetapir c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak oder 82-Rubidium	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011
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
9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie			
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.1.1993
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Bei intraokulären Melanomen.	28.8.1986
	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen bzw. jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Indikationen:	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– 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. Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen.	
	Ja	In Evaluation Indikationen: – postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen der Stadien III-A oder III-C links Behandlungen im Rahmen der Pilotstudie des Paul-Scherrer-Instituts. Durchführung am Paul-Scherrer-Institut.	1.7.2012 bis 30.6.2015
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	Ja	Indikationen: – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome	1.1.1996
	Ja	Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewegungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	– 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	– 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 lokalablative Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	1.7.2010
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.1.2014
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2015

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer Weiterbildung in Akupunktur, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Traditionelle Chinesische Medizin (ASA) vom 1. Januar 1999, revidiert am 24. Februar 2005, entspricht.[257]	1.7.1999/ 1.1.2012
Anthroposophische Medizin	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer Weiterbildung in Anthroposophischer Medizin, die dem Fähigkeitsprogramm anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) vom 1. Januar 1999, revidiert am 28. September 2006[258], entspricht.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 bis 31.12.2017
Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer Weiterbildung in TCM-Arzneimittel-therapie, die dem Fähigkeitsprogramm Akupunktur – Traditionelle Chinesische Medizin (ASA) vom 1. Januar 1999, revidiert am 24. Februar 2005, entspricht.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 bis 31.12.2017
Ärztliche Klassische Homöopathie	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer Weiterbildung in Homöopathie, die dem Fähigkeitsprogramm Homöopathie (SVHA) vom 1. Januar 1999, revidiert am 14. September 2008[259], entspricht.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 bis 31.12.2017
Phytotherapie	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer Weiterbildung in Phytotherapie, die dem Fähigkeitsprogramm Phytotherapie vom 1. Juli 2011 entspricht.[260]	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012 bis 31.12.2017
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 Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003

257 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
258 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
259 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
260 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. 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 Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden. Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011[261]. Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009[262]. Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010[263].	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	Indikationen: – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne	

261 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
262 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
263 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risiko-faktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).	
	Ja	– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	– Patienten und Patientinnen mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium I nach Fontaine.	1.7.2013
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten. Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003[264] entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein. Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2005

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

Anhang 2[265]
(Art. 20)

Mittel- und Gegenstände-Liste

[265] In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20*a*). Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Mittel- und Gegenständeliste (siehe AS **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 4393).

Anhang 3[266]
(Art. 28)

Analysenliste

[266] In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28 Abs. 2). Die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Analysenliste (siehe AS **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 3487 4393).

Anhang 4[267]
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif

[267] In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Juli 2005 (siehe AS **2005** 2875).