

Verordnung vom 14. März 2000 zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV)

Aufgrund von Art. 3a, Art. 4 Abs. 1 und 2, Art. 7 Abs. 2, Art. 11 Abs. 2, Art. 13 Abs. 3, Art. 14 Abs. 3 und 9, Art. 15 Abs. 6, Art. 16a Abs. 2 und 3, Art. 17 Abs. 3, Art. 18 Abs. 4, Art. 19 Abs. 5, Art. 22 Abs. 7, Art. 23 Abs. 4, Art. 24 Abs. 2, Art. 24a Abs. 2 und 3, Art. 24b Abs. 5 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971, LGBI. 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, verordnet die Regierung:

I. Organisation

A. Anerkannte Krankenkassen

Art. 1

Anerkennung von Krankenkassen

- 1) Ein Gesuch um Anerkennung ist dem Amt für Volkswirtschaft bis 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:
- a) die Statuten und die Gründungsurkunde sowie ein Auszug aus dem Öffentlichkeitsregister;
 - b) die Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflege- und Krankengeldversicherung und die freiwilligen Versicherungen sowie die allfälligen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten;
 - c) die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie der freiwilligen Versicherungen;

- d) ein Budget für die obligatorische Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie für die freiwilligen Versicherungen;
- e) eine nach den unter Bst. d bezeichneten Versicherungsarten gegliederte Übersicht über die Reserven und Rückstellungen.

2) Die minimale Reserve einer um die Anerkennung nachsuchenden Krankenkasse muss mindestens 600 000 Franken betragen. Ausländische Krankenkassen haben eine Bescheinigung der zuständigen Aufsichtsbehörde über die finanzielle Solvabilität beizubringen.

3) Die Regierung spricht die Anerkennung aus, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie wird auf den Anfang eines Kalenderjahres wirksam.

Art. 2

Anerkennung ausländischer Kassen

1) Die Anerkennung von ausländischen Kassen wird zusätzlich zur Erfüllung der Bestimmungen gemäss Art. 1 davon abhängig gemacht, dass sie über eine Niederlassung gemäss Art. 2 Abs. 2 des Gesetzes verfügen. Die Krankenkassen liefern dem Amt für Volkswirtschaft die dafür nötigen Angaben (Name und Anschrift sowie Organisationsstruktur der Niederlassung).

2) Ebenso haben ausländische Kassen eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde des Herkunftsstaates mit folgenden Angaben und Bestätigungen beizubringen:

- a) dass die Kasse im Herkunftsstaat zum Betrieb der sozialen Krankenversicherung zugelassen ist und die Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreibt;
- b) dass die Kasse berechtigt ist, in Liechtenstein eine Niederlassung zu errichten;
- c) dass die Kasse über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügt.

Art. 3

Verzicht auf Anerkennung

Die Regierung entzieht der Kasse die Anerkennung, wenn diese darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Der Verzicht auf die Anerkennung gilt auf Beginn des nächsten Kalenderjahres.

Die Vereinbarung gemäss Art. 2 Abs. 3a des Gesetzes muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres abgeschlossen sein.

B. Aufsicht

Art. 4

Finanzielle Sicherheit

1) Die Kassen haben jeweils für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Sie müssen ständig über eine Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserve) verfügen.

2) Die Sicherheitsreserve bezweckt die Sicherstellung der finanziellen Lage der Versicherung für den Fall, dass die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig anfallen.

3) Die Schwankungsreserve dient dazu, Kostenschwankungen auffangen zu können.

4) Die Reserve (Sicherheits- und Schwankungsreserven) der Kasse muss bezogen auf das Rechnungsjahr je nach dem Versichertenbestand mindestens folgenden Prozentsatz der geschuldeten Prämien (Prämiensoll) erreichen:

Anzahl Versicherte	Reserve in den obligatorischen Versicherungen %	Reserve in den freiwilligen Versicherungen %
Bis 500	100	120
501 bis 1 000	70	80
1 001 bis 5 000	35	50
5 001 bis 10 000	30	40
10 001 bis 20 000	20	30
Über 20 000	15	20

5) Das Amt für Volkswirtschaft kann den Kassen Weisungen erteilen über:

- a) die zulässige Höhe von Reserven, die über das Minimum nach Abs. 4 hinausgehen;
- b) die Bildung von Altersrückstellungen bei Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter in den freiwilligen Versicherungen;
- c) die Verwendung von Rückstellungen und Reserven bei einer Verringerung des Leistungsumfanges in den freiwilligen Versicherungen.

Art. 5

Rückversicherung

1) Die Kassen sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschließen. Die Rückversicherungsverträge und spätere Änderungen sind dem Amt für Volkswirtschaft zur Genehmigung einzureichen. In den Verträgen ist die Kündigung zu regeln. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen. Die Verträge müssen wenigstens auf das Ende jedes dem Inkrafttreten folgenden Kalenderjahres kündbar sein. Die Kassen haben eine Kündigung dem Amt für Volkswirtschaft unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

2) Das Amt für Volkswirtschaft beurteilt bei der Genehmigung des Rückversicherungsvertrages in welchem Verhältnis die minimale Reserve nach Art. 4 Abs. 4 herabgesetzt werden kann. Die Reserve muss aber mindestens der in Art. 4 Abs. 4 festgelegten Höhe bei einem Bestand von über 20 000 Versicherten entsprechen.

3) Ausländische Kassen mit einem Gesamtbestand von mehr als 20 000 Versicherten können an Stelle einer Rückversicherung eine Garantieerklärung abgeben, wonach Verluste in der Betriebsrechnung vorübergehend durch die allgemeinen Reserven der Kasse sichergestellt werden. Eine solche Garantieerklärung ist der zuständigen ausländischen Aufsichtsbehörde der Kasse zur Kenntnis zu bringen. Bringt die ausländische Aufsichtsbehörde keine Einwendungen gegen die Garantieerklärung vor, kann die minimale Reserve nach Art. 4 Abs. 4 in einem durch das Amt für Volkswirtschaft zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Die Reserve muss aber mindestens der in Art. 4 Abs. 4 festgelegten Höhe bei einem Bestand von über 20 000 Versicherten entsprechen.

Art. 6

Kapitalanlagen

1) Die Kassen legen ihr Vermögen so an, dass dabei die Sicherheit, erforderliche Liquidität und eine angemessene und ausgewogene Risikoverteilung unter Berücksichtigung eines angemessenen Ertrages garantiert ist. Sie erstellen ein Anlagereglement, welches vom Amt für Volkswirtschaft genehmigt wird.

2) Ausländische Krankenkassen wenden die Anlagevorschriften der Aufsichtsbehörden an, welchen sie unterstellt sind.

Art. 7

Rechnungslegung; Grundsätze

1) Die Kassen führen eine gesonderte Rechnung. Aufwand und Ertrag sind getrennt auszuweisen für:

- a) die ordentliche obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b) die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Hausarzt-systems;
- c) die obligatorische Krankengeldversicherung;
- d) die einzelnen freiwilligen Versicherungen.

2) Kassen, welche für das Taggeld oder für freiwillige Versicherungen Kollektivversicherungen führen, richten ihr Rechnungswesen so ein, dass sie die jährlichen Betriebsergebnisse jedes Kollektivvertrages ausweisen können.

3) Kassen, welche freiwillige Kostenbeteiligungen anbieten, richten ihr Rechnungswesen so ein, dass sie die jährlichen Betriebsergebnisse der Versicherung mit freiwilliger Kostenbeteiligung ausweisen können.

4) Das Amt für Volkswirtschaft kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Art. 1045 ff. des Personen- und Gesellschaftsrechts über das kaufmännische Verrechnungswesen anwendbar.

Art. 8

Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung

Das Amt für Volkswirtschaft erarbeitet nach Anhörung der Kassen einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung.

Art. 9

Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle

1) Jede Kasse hat Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und gegebenenfalls für noch zu bezahlende Risikoabgaben zu bilden.

2) Die Kassen berichtigen in der laufenden Rechnung die bilanzierten Rückstellungen, wenn diese nicht mit dem tatsächlichen, aufgrund der Vorjahreskosten berechneten Bedarf übereinstimmen.

Art. 10

Verwaltungskosten

1) Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung müssen unter den folgenden Bereichen verteilt werden:

- a) obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b) obligatorische Krankengeldversicherung;
- c) freiwillige Versicherungen.

2) Diese Verteilung erfolgt entsprechend dem tatsächlichen Aufwand, wobei für bestimmte Positionen ein Verteilschlüssel angewendet werden kann.

Art. 11

Berichterstattung

1) Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis zum 30. April des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die geprüfte Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang, und den Geschäftsbericht über das abgeschlossene Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs der Kasse über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 30. September nachgereicht werden.

2) Ausländische Kassen können für die Bilanz auf die Bilanz für ihre gesamte Geschäftstätigkeit verweisen, wenn darin die Rückstellungen und Reserven für die Versicherungen in Liechtenstein gesondert ausgewiesen sind.

3) Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis zum 31. Oktober des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.

4) Die Jahresrechnung und das Budget sind auf den vom Amt für Volkswirtschaft erstellten Formularen einzureichen.

Art. 12

Revisionsstelle

1) Jede Kasse bestimmt eine externe und unabhängige Revisionsstelle, die zur Tätigkeit als Versicherungsrevisionsstelle gemäss Versicherungsaufsichtsgesetzgebung zugelassen ist.

2) Die Revisionsstelle und ihre Mitarbeiter haben alle ihnen bei der Revision bekannt gewordenen Tatsachen geheimzuhalten.

3) Hat eine Kasse trotz Mahnung keine Revisionsstelle bestimmt, so weist ihr das Amt für Volkswirtschaft eine solche zu.

4) Das Amt für Volkswirtschaft kann den Kassen oder deren Revisionsstelle Weisungen über vorzunehmende Revisionen erteilen.

Art. 13

Aufgaben der Revisionsstelle

1) Die Revisionsstelle prüft jährlich, ob die Buchführung, die Jahresrechnung und die Statistiken formell und materiell den gesetzlichen Anforderungen entsprechen (jährliche Revision). Sie prüft überdies, ob die Geschäftsführung für eine korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsführung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält.

2) Die Revisionsstelle kann vor Ort unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen, namentlich wenn Zweifel an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.

Art. 14

Berichte der Revisionsstelle

1) Die Revisionsstelle erstellt über die jährliche Revision und jede Zwischenrevision einen Bericht. Diese Berichte geben Auskunft über den Zeitpunkt und den Umfang der vorgenommenen Revisionen, die gemachten Feststellungen und die daraus zu ziehenden Schlüsse.

2) Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ der Kasse sowie dem Amt für Volkswirtschaft im Original einzureichen. Der Bericht über die jährliche Revision ist bis zum 30. April des folgenden Jahres, die Berichte über die Zwischenrevisionen sind innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.

3) Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit der Kasse oder deren Fähigkeit, ihre Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbreitet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ der Kasse und dem Amt für Volkswirtschaft.

4) Das Amt für Volkswirtschaft kann Weisungen über Form und Inhalt der Berichte erlassen und Berichte an die Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.

Art. 15

Statistik

Das Amt für Volkswirtschaft kann von den Kassen zusätzliche Auskünfte für statistische Zwecke verlangen. Es erarbeitet nach Anhören der Kassen ein Statistikformular. Die Kassen liefern ihre Angaben auch auf einem mit dem Amt vereinbarten elektronischen Datenträger.

Art. 16

Melde- und Vorlagepflichten

Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft Änderungen der Statuten und Reglemente mindestens zwei Monate vor deren Inkrafttreten zur Kenntnis zu bringen.

Art. 17

Aufsicht über ausländische Kassen

Hat die Regierung mit ausländischen Behörden Vereinbarungen betreffend der Aufsicht abgeschlossen, teilt sie den betreffenden ausländischen Kassen mit, welche Angaben bezüglich Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung, Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle, Verwaltungskosten, Revision, Revisionsstelle und Statistik nicht oder nur teilweise eingereicht werden müssen.

C. Risikoausgleich

Art. 18

Umfang des Risikoausgleichs

1) Der Risikoausgleich nach Art. 3a des Gesetzes gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich des Hausarztsystems und der Versicherungen mit freiwilligen Kostenbeteiligungen.

2) Sämtliche Kassen haben die für den Risikoausgleich nötigen Angaben zu liefern.

Art. 19

Risikogruppen

1) Die Versicherten werden für den Risikoausgleich in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 16 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter von 26 bis 90 Jahren werden in Gruppen von je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren.

2) Die Risikogruppenzuteilung erfolgt aufgrund der Geburtsjahre der Versicherten.

Art. 20

Durchschnittskosten

1) Für die Durchführung des Risikoausgleichs werden folgende Durchschnittskosten ermittelt:

- a) die Durchschnittskosten pro versicherte Person, deren Alter 16 oder mehr Jahre beträgt (Gesamtdurchschnitt);
- b) die Durchschnittskosten pro versicherte Person der einzelnen Risikogruppen, getrennt nach Geschlecht (Gruppendurchschnitt).

2) Für die Berechnung der Durchschnittskosten sind die Kosten massgebend, die für alle Versicherten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, abzüglich der Kostenbeteiligungen und der Staatsbeiträge an die Kassen.

Art. 21

Versichertenbestände

1) Für die Errechnung der Versichertenbestände einer Kasse sind die Versicherungsmonate massgebend.

2) Bei der Anerkennung von neuen Kassen sind die Versichertenbestände bei Beginn der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgebend, bis die Angaben nach Abs. 1 vorliegen.

Art. 22

Risikoausgleich

1) Die Kassen bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher die nach Art. 20 ermittelten Durchschnittskosten getrennt nach Geschlecht unter dem Gesamtdurchschnitt liegen, eine Risikoabgabe, welche der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

2) Die Kassen erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher die nach Art. 20 ermittelten Durchschnittskosten getrennt nach Geschlecht über dem Gesamtdurchschnitt liegen, einen Ausgleichsbeitrag, welcher der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

Art. 23

Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

1) Massgebend für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind die Versichertenbestände und die von ihnen verursachten Kosten im Kalenderjahr, für welches der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr).

2) Die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Diese stützt sich auf die Versichertenbestände und Kosten im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Bei der Berücksichtigung der Kosten kann die für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständige Stelle (Art. 24) für die voraussichtlich im Ausgleichsjahr zu erwartende Kostensteigerung einen angemessenen Zuschlag einberechnen.

3) Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt.

Art. 24

Durchführungsstelle

1) Das Amt für Volkswirtschaft führt den Risikoausgleich durch. Es kann bestimmte Aufgaben des Vollzugs Dritten übertragen.

2) Es ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jeder Kasse die sie betreffende Saldoabrechnung zu.

3) Es erstellt und veröffentlicht eine Statistik über die Versicherten und Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 25

Verwaltungskosten

Die Kassen tragen die bei ihnen anfallenden Verwaltungskosten des Risikoausgleichs. Die übrigen mit der Durchführung des Risikoausgleichs anfallenden Kosten trägt das Amt für Volkswirtschaft.

Art. 26

Datenlieferung

1) Die Kassen liefern ihre nach Risikogruppen, Geschlecht und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, Kosten, Kostenbeteiligungen und Staatsbeiträge nach den Weisungen des Amtes für Volkswirtschaft. Sie stellen die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den Versichertenbestand zu.

2) Diese Daten sind dem Amt für Volkswirtschaft bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.

Art. 27

Kontrolle der Daten

1) Die Revisionsstellen der Kassen reichen dem Amt für Volkswirtschaft einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.

2) Das Amt für Volkswirtschaft prüft die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Art. 26 gelieferten Daten mittels Stichproben.

Art. 28

Zahlungsfristen

1) Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres sind zu leisten:

- a) eine Zahlung aufgrund der provisorischen Berechnung nach Art. 23 Abs. 2;
- b) eine Zahlung aufgrund der definitiven Berechnung nach Art. 23 Abs. 3.

2) Zahlungen aufgrund der provisorischen Berechnung des Risikoausgleichs sind zu leisten:

- a) für Risikoabgaben durch die Kassen an den Risikoausgleich: bis zum 15. August des Ausgleichsjahres;
- b) für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Kassen: bis zum 15. September des Ausgleichsjahres.

3) Zahlungen aufgrund der definitiven Berechnung des Risikoausgleichs sind zu leisten:

- a) für Risikoabgaben durch die Kassen an den Risikoausgleich: bis zum 15. November des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt;
- b) für Ausgleichsbeiträge durch den Risikoausgleich an die Kassen: bis zum 15. Dezember des Jahres, das dem Ausgleichsjahr folgt.

4) Die an die Kassen geschuldeten Zahlungen sind vom Amt für Volkswirtschaft auch dann vorzunehmen, wenn nicht alle Kassen ihre Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Kassen aus, so kann das Amt für Volkswirtschaft die Zahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben vornehmen. Die ausstehenden Ausgleichsbeiträge sind nach deren Eingang zu entrichten.

5) Das Amt für Volkswirtschaft kann ausstehende Zahlungen einer Kasse mit Ansprüchen der Kasse auf Staatsbeiträge verrechnen.

6) Die im Rahmen der provisorischen Berechnung gegenüber der definitiven Berechnung zuviel oder zuwenig bezahlten Beträge sind zu verzinsen. Die Verzinsung erfolgt jeweils bezogen auf die Ein- und Auszahlungstermine für den provisorischen und den definitiven Risikoausgleich sowie unter Berücksichtigung der effektiv erhaltenen oder bezahlten Beiträge. Das Amt für Volkswirtschaft legt den Vergütungszins in Berücksichtigung der marktüblichen Zinse fest. Es vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Risikoausgleich folgt.

Art. 29

Datenschutz

Das Amt für Volkswirtschaft ist zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet, die Rückschlüsse auf einzelne Kassen zulassen. Dritte, die mit der Verarbeitung der Daten beauftragt werden, sind ebenfalls zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet.

Art. 30

Verfahren und Rechtspflege

Streitigkeiten zwischen einer Kasse und dem Amt für Volkswirtschaft über die Durchführung des Risikoausgleichs richten sich nach den Bestimmungen des Gesetzes über die allgemeine Verwaltungspflege betreffend das einfache Verwaltungsverfahren.

Art. 31

Schadenersatz und Ordnungsmassnahmen

Das Amt für Volkswirtschaft kann Kassen, die ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommen, den daraus entstandenen Schaden in Rechnung stellen. Die Massnahmen nach Art. 4a Abs. 6 des Gesetzes bleiben vorbehalten.

II. Versicherte Personen**A. Krankenpflegeversicherung**

Art. 32

Versicherungspflicht

Neben den nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes erwähnten Personen sind zudem Personen versicherungspflichtig, die ein Asylgesuch gestellt haben, Schutzbedürftige, Personen, gegen die gemäss Flüchtlingsgesetz ein Wegweisungsverfahren eingeleitet wurde, und vorläufig Aufgenommene.

Art. 33

Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die nach ausländischem Recht krankenversichert sind, sofern sie über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

Art. 34

Entsandte Arbeitnehmer

1) Arbeitnehmer, die vorübergehend ins Ausland entsandt werden, sowie die sie begleitenden Familienangehörigen bleiben in Liechtenstein versicherungspflichtig, wenn sie:

- a) unmittelbar vor der Entsendung in Liechtenstein versicherungspflichtig waren; und
- b) für einen Arbeitgeber mit Wohnsitz oder Sitz in Liechtenstein tätig sind, welcher erhebliche wirtschaftliche Aktivitäten in Liechtenstein ausübt.

2) Als Familienangehörige gelten Ehegatten sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Kinder, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.

3) Die Versicherungspflicht für die Familienangehörigen entfällt, wenn diese im Ausland eine krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben.

4) Die Weiterdauer der Versicherungspflicht beträgt zwei Jahre. Die Versicherung kann von der Kasse auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert werden.

5) Für Personen, die gestützt auf eine zwischenstaatliche Vereinbarung über soziale Sicherheit als Entsandte gelten, entspricht die Weiterdauer der Versicherung der Dauer der Entsendung nach dieser Vereinbarung. Dies gilt auch für andere Personen, die gestützt auf eine solche Vereinbarung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der liechtensteinischen Gesetzgebung unterstellt sind.

Art. 35

Beginn und Ende der obligatorischen Versicherungen

1) Personen, die der obligatorischen Versicherung unterstehen, haben sich innert drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei einer Kasse zu versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung am Tag des Eintrittes der Versicherungspflicht. Bei nicht rechtzeitigem Beitritt gilt die Versicherung ab dem Beitritt zur Versicherung.

2) Steht erst nach längeren Abklärungen fest, dass eine Person der obligatorischen Versicherung in Liechtenstein untersteht, muss die Kasse die Person rückwirkend auf den Zeitpunkt, in welchem der massgebende Sachverhalt für die Versicherungspflicht in Liechtenstein eingetreten ist, versichern, wenn die betreffende Person die Verzögerung in der Abklärung nicht selber zu verantworten hat. Das Amt für Volkswirtschaft teilt der Kasse mit, ob die Voraussetzungen für eine rückwirkende Versicherung gegeben sind.

3) Die Versicherung endet am Tag des bei der für die Einwohnerkontrolle zuständigen Stelle gemeldeten Wegzugs aus Liechtenstein, in jedem Fall am Tag der tatsächlichen Ausreise aus Liechtenstein oder mit dem Tod der Versicherten. Bei Personen, die aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit der obligatorischen Versicherung unterstehen, endet die Versicherung mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit. Der Arbeitgeber meldet der Kasse die Aufgabe der Erwerbstätigkeit in Liechtenstein.

4) Personen, die aufgrund ihres Status nach dem Flüchtlingsgesetz der Versicherungspflicht unterstehen, sind innert eines Monats nach der Registrierung von der nach dem Flüchtlingsgesetz für die Betreuung zuständigen Organisation bei einer Kasse zu versichern. Bei rechtzeitiger Anmeldung bei der Kasse beginnt die Versicherung am Tag des Eintrittes der Versicherungspflicht. Bei nicht rechtzeitiger Anmeldung gilt die Versicherung ab der Anmeldung bei der Kasse. Die für die Betreuung zuständige Organisation meldet der Kasse das Ende der Versicherungspflicht.

Art. 36

Zahlungsverzug

1) Bezahlen Versicherte fällige Kostenbeteiligungen nicht oder bleiben bei Versicherten mit selbständiger Erwerbstätigkeit oder ohne Erwerbstätigkeit in Liechtenstein fällige Prämien der obligatorischen Krankenversicherungen trotz schriftlicher Mahnungen unbezahlt, informiert die Kasse

die zuständige Fürsorgekommission und leitet das Zwangsvollstreckungsverfahren ein. Bei offensichtlich zahlungsunfähigen Versicherten kann im Einverständnis mit der zuständigen Fürsorgekommission auf die Einleitung eines Zwangsvollstreckungsverfahrens verzichtet werden.

2) Hat der Versicherte Anspruch auf Beiträge des Landes im Sinne von Art. 24b des Gesetzes kann die Kasse nach der Einleitung der Zwangsvollstreckung beim Amt für Volkswirtschaft beantragen, dass diese Beiträge direkt an die Kasse ausbezahlt werden.

3) Steht aufgrund der durchgeführten Zwangsvollstreckung fest, dass die ausständigen Prämien oder Kostenbeteiligungen nichteinbringlich sind, kann die Kasse innert eines Jahres seit dem Abschluss des Zwangsvollstreckungsverfahrens der zuständigen Fürsorgekommission einen Antrag auf Vergütung der Prämien oder Kostenbeteiligungen stellen. Für Prämien oder Kostenbeteiligungen, die länger als zwei Jahre ausständig sind, kann der Antrag nicht mehr gestellt werden.

4) Die Fürsorgekommission kann verlangen, dass die Kasse beim Landgericht den Antrag stellt, der säumige Zahlungspflichtige möge den Offenbarungseid ablegen. Ergeben sich aus dem Offenbarungseid pfändbare Vermögenswerte, hat die Kasse das Zwangsvollstreckungsverfahren fortzusetzen. Wird die Erfolglosigkeit der Zwangsvollstreckung festgestellt, kann die Kasse innert eines Jahres den Vergütungsantrag an die Fürsorgekommission erneut stellen.

5) Nach der Antragstellung an die Fürsorgekommission kann die Kasse die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufschieben, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Sind diese bezahlt, so hat die Kasse die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.

6) Wollen säumige Versicherte die Kasse wechseln, darf sie die bisherige Kasse erst dann aus dem Versicherungsverhältnis entlassen, wenn die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.

7) Kann das Vollstreckungsverfahren gegen Versicherte, auf welche die liechtensteinische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder Kostenbeteiligung zur Folge, kann die Kasse nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden.

B. Krankengeldversicherung

Art. 37

Unregelmässig beschäftigte Personen

1) Die Versicherungspflicht für Krankengeld gemäss Art. 7 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes erstreckt sich nicht auf die unregelmässig beschäftigten Arbeitnehmer.

2) Als unregelmässig beschäftigt gelten Arbeitnehmer, die weniger als zwölf Arbeitsstunden pro Woche bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind.

Art. 38

Kurzfristig beschäftigte Personen

Von der Versicherungspflicht für Krankengeld gemäss Art. 7 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes ausgenommen sind Personen, die in einem auf maximal drei Monate befristeten Arbeitsverhältnis stehen (z.B. Praktikanten, Aushilfen, Gelegenheitsarbeiter).

Art. 39

Heimarbeit

1) Heimarbeiter sind obligatorisch für Krankengeld versichert, wenn sie in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.

2) Unterliegt ihr Lohn starken Schwankungen, so wird für die Berechnung des Krankengeldes auf den Durchschnittslohn der letzten drei Arbeitsmonate abgestellt.

Art. 40

Wöchnerinnen, Aufgabe der Erwerbstätigkeit

1) Erwerbstätige Versicherte haben dann Anspruch auf Krankengeldleistungen gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes, wenn sie ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als 20 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, sofern nicht eine dieser Frist vorausgehende mindestens hälftige Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist.

2) Die Ansprüche nicht erwerbstätiger Versicherter auf Krankengeldleistungen gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes werden hiervon nicht berührt.

Art. 41

Rentner der Invalidenversicherung und der obligatorischen Unfallversicherung

Bezüger von Renten der Invalidenversicherung und der obligatorischen Unfallversicherung sind für Krankengeld obligatorisch nur für die Leistungen im Sinne von Art. 14 Abs. 4 des Gesetzes zu versichern.

Art. 42

Krankengeldversicherung bei Bezüglern von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung

Die Kassen können die freiwillige Weiterführung der Krankengeldversicherung im bisherigen Umfang für Bezüger von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung im Sinne von Art. 14 Abs. 8 des Gesetzes von der Vorlage des amtlichen Kontrollausweises der Arbeitslosenversicherung abhängig machen.

Art. 43

Leistungspflicht für Versicherte im Ausland

1) Bei Auslandsaufenthalt besteht Anspruch auf das Krankengeld nur bei stationärer Behandlung des Versicherten in einer Heilanstalt oder in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt.

2) Bei Grenzgängern fällt dieser Vorbehalt dahin, solange sie sich an ihrem Wohnort aufhalten.

Art. 44

Beginn und Ende der Versicherung

1) Der Arbeitgeber muss für seine der Versicherungspflicht unterstehenden Arbeitnehmer eine Krankengeldversicherung abschliessen, welche mindestens die Leistungen nach Art. 14 Abs. 3 des Gesetzes umfasst.

2) Die obligatorische Versicherung dauert bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses, beziehungsweise bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung. Dauert die Auszahlung eines Krankengeldes nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses gestützt auf Art. 14 Abs. 5 des Gesetzes an, kann die Kasse die Auszahlung nicht vom Abschluss einer freiwilligen Versicherung abhängig machen.

III. Leistungen

Art. 45

Voraussetzungen

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

2) Die Kassen dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen als die im Gesetz und in der Verordnung umschriebenen Leistungen übernehmen.

3) Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung zusammentreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Art. 87 der Verordnung vom 4. September 1990 über die obligatorische Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

Art. 46

Leistungskommission

1) Eine von der Regierung eingesetzte Kommission aus Vertretern der Behörden, der Ärzte und des Krankenkassenverbandes beurteilt nach Massgabe dieser Verordnung die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Leistungskommission). Die Kommission wird vom Amt für Volkswirtschaft geleitet. Der Landesphysikus nimmt mit beratender Stimme Einsitz.

2) Sind Leistungen von Apothekern, von anderen Berufen der Gesundheitspflege, von Personen oder Organisationen der Gesundheits- und Krankenpflege im nicht stationären Bereich, von Krankentransportunternehmungen oder von Heilanstalten zu beurteilen, nehmen die von der Regierung gewählten Vertreter dieser Berufsgruppe mit Stimmrecht Einsitz in die Kommission. Die Kommission kann Fachexperten mit beratender Stimme beiziehen.

3) Die Kommission empfiehlt der Regierung, dass bestimmte Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen oder nicht zu übernehmen sind.

Art. 47

Leistungen von Ärzten und von Chiropraktikern

1) Die von Ärzten oder von Chiropraktikern erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen sind von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, wenn nicht festgestellt ist, dass die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben oder umstritten ist.

2) Der Anhang 1 zu dieser Verordnung bezeichnet diejenigen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Prüfung durch die Leistungskommission:

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

Art. 48

Ärztliche Psychotherapie

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

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

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

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

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

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

6) Die Berichte an den Vertrauensarzt nach den Abs. 4 und 5 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

Art. 49

Zahnärztliche Leistungen

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Behandlungen von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall im Sinne von Art. 15 Abs. 1 der Verordnung vom 4. September 1990 über die obligatorische Unfallversicherung verursacht worden sind, sowie die in Anhang 1 aufgeführten zahnärztlichen Behandlungen.

2) Zahnärzte, welchen die Regierung eine Konzession zur selbständigen Ausübung ihres Berufes nach dem Sanitätsgesetz erteilt hat, sind für diese Leistungen den Ärzten gleichgestellt.

Art. 50

Präventivmedizinische Massnahmen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die im Anhang 2 zu dieser Verordnung aufgeführten präventivmedizinischen Massnahmen unter den dort angeführten Voraussetzungen.

Art. 51

Leistungen bei Mutterschaft

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den Leistungen wie bei Krankheit folgende Leistungen:

- a) die von Ärzten oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, die im Anhang 2 aufgeführt sind;
- b) die Entbindung zu Hause oder in einer Heilanstalt sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Hebammen.

Art. 52

Arzneimittel und Analysen; Grundsatz

1) Auf die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Arzneimittel und Analysen finden die vom Schweizerischen Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) herausgegebenen Arzneimittel-, Spezialitäten- und Analysenlisten Anwendung. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Abs. 2 und 3 sowie diejenigen Tarife, die gemäss Art. 16b des Gesetzes geregelt sind.

2) Für den Kassenersatz von Arzneimitteln und Spezialitäten, die nach dem Gesetz vom 18. Dezember 1997 über den Verkehr mit Arzneimitteln im Europäischen Wirtschaftsraum zugelassen werden, finden Art. 53 und 54 Anwendung.

3) Die Leistungskommission kann der Regierung empfehlen, von den in der Schweiz anwendbaren Listen und Bestimmungen abzuweichen.

Art. 53

EWR-Arzneimittel

1) Für Arzneimittel aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittel), die einem Arzneimittel in der Spezialitätenliste des Schweizerischen Bundesamtes für Sozialversicherung (SL-Arzneimittel) bezüglich des Herstellers sowie bezüglich des Wirkstoffes oder der Wirkstoffkombination entsprechen und bezüglich der Wirkstoffkonzentration, der Darreichungsform sowie der Packungsgrösse mit dem entsprechenden SL-Arzneimittel therapeutisch gleichwertig sind, besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen.

2) Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kontrollstelle für Arzneimittel nach der Feststellung geprüft, dass die zur Genehmigung beantragten EWR-Arzneimittel den sonstigen Anforderungen entsprechen. Sind die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllt, teilt dies die Kontrollstelle für Arzneimittel dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (Verband) mit.

3) Der Verband hat binnen 30 Tagen seit der Mitteilung zu prüfen, ob gemäss der Formel nach Abs. 4 für das EWR-Arzneimittel eine Ersatzleistung resultiert, die unter dem Preis für das entsprechende SL-Arzneimittel liegt.

4) Für die Berechnung der Ersatzleistung gilt folgende Formel: Apothekeneinstandspreis im EWR-Referenzland zuzüglich einem prozentualen Zuschlag gemäss dem relativen Margensatz des entsprechenden SL-Arzneimittels.

5) Liegt die gemäss der Formel nach Abs. 4 errechnete Ersatzleistung unter dem Preis für das entsprechende SL-Arzneimittel, haben die Krankenkassen sowohl für das EWR-Arzneimittel wie für das entsprechende SL-Arzneimittel nur diese Ersatzleistung zu vergüten.

6) Entspricht das EWR-Arzneimittel bezüglich Wirkstoffkonzentration oder Packungsgrösse nicht vollständig dem entsprechenden SL-Arzneimittel, ermittelt der Verband im Bedarfsfall unter Berücksichtigung der Ersatzleistung für das EWR-Arzneimittel die Ersatzleistung für das SL-Arzneimittel.

7) Der Verband orientiert die Kontrollstelle für Arzneimittel über seinen Entscheid betreffend die Ersatzleistung nach Abs. 4 bis 6, worauf die Kontrollstelle für Arzneimittel das Arzneimittel genehmigt. Sie macht den Entscheid der Genehmigung in den amtlichen Publikationsorganen kund und aktualisiert das EWR-Arzneimittelregister.

8) Der Verband publiziert parallel dazu die Liste der für die Krankenversicherung zugelassenen EWR-Arzneimittel mit den entsprechenden Ersatzleistungen und bringt diese (EWR-Spezialitätenliste, ESL) den Leistungserbringern, den Krankenkassen und Amtsstellen zur Kenntnis. Er aktualisiert die ESL zweimal jährlich per 1. April und per 1. Oktober. Für zwischenzeitlich genehmigte EWR-Arzneimittel gibt der Verband die erforderlichen Angaben durch entsprechende Nachträge bekannt. Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird mit der Publikation wirksam.

9) Für ersetzte SL-Arzneimittel gilt die Erstattungsregelung nach Art. 52 Abs. 1 jeweils noch drei Monate nach Bekanntgabe der erforderlichen Angaben im Nachtrag zur ESL.

10) Auf begründeten Einwand des Liechtensteinischen Ärztevereins oder Apothekervereins des Fürstentums Liechtenstein gegen die Gleichwertigkeit der die SL-Arzneimittel ersetzenden EWR-Arzneimittel oder gegen die festgelegte Ersatzleistung erfolgt deren Erörterung in einer eigens einzuberufenden Kommission. Im Genehmigungsverfahren ist der Einwand längstens binnen 30 Tagen nach Bekanntgabe gemäss Abs. 8 bei der Kontrollstelle für Arzneimittel einzureichen. Bei Uneinigkeit gelangt das Verfahren gemäss Art. 28 des Gesetzes zur Anwendung.

Art. 54

Statistik zu den EWR-Arzneimitteln

1) Der Verband erfasst den inländischen kassenpflichtigen Arzneimittelumsatz und veröffentlicht jährlich per 1. April eine Statistik, die insbesondere folgende Angaben zu den Arzneimitteln samt Kostenfolge enthält:

- a) Häufigkeit der Verordnungen, gegliedert nach Facharztdisziplinen;
- b) Zuordnung nach Indikationsgebieten;
- c) Zuordnung nach Distributionsweg;
- d) Zuordnung zur SL bzw. ESL;
- e) Zuordnung nach ambulanter und stationärer Verordnung;
- f) Zuordnung nach in- und ausländischer Verordnung.

2) Die in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen sind zur Einhaltung und damit zur Kontrolle der Ersatzregelung gemäss Art. 52 und 53 sowie zur Bereitstellung der erforderlichen statistischen Daten des Vorjahres jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres zu Händen des Verbands verpflichtet. Die Ärzte und die Apotheker haben den Krankenkassen mit der Rechnungsstellung die nötigen Angaben nach Abs. 1, insbesondere die Zuordnung des abgegebenen Arzneimittels zur SL bzw. zur ESL, zu liefern.

Art. 55

Medizinprodukte

1) Auf die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Medizinprodukte findet die für die Schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Innern erlassene Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) Anwendung. Die einzelnen

Produkte müssen nach dem Heilmittelgesetz für die Abgabe an die Versicherten zugelassen und ärztlich verordnet sein.

2) Die Regierung kann auf Empfehlung der Leistungskommission von der in der Schweiz geltenden Liste und von den dort festgelegten Vergütungen abweichende Bestimmungen erlassen. Diese sind in Anhang 3 festgehalten.

3) Die Kosten für Betrieb und Unterhalt der Produkte werden nur übernommen, wenn die Bestimmungen dieser Verordnung dies ausdrücklich vorsehen.

Art. 56

Leistungen von Hebammen

1) Die Hebammen können die im Anhang 2 aufgeführten Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft unter den folgenden Voraussetzungen erbringen:

- a) 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.
- b) Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.
- c) Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen im Sinne von Anhang 2 anordnen.

2) Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung auch Leistungen bei Hauskrankenpflege im Sinne von Art. 61 erbringen, welche nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt oder nach der vorzeitigen Entlassung aus der Heilanstalt ärztlich angeordnet werden.

Art. 57

Leistungen von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Physiotherapeuten, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens zwölf Sitzungen umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die ärztlichen Anordnungen sind auch bei Physiotherapeuten, welche ihren Beruf in einer Arztpraxis ausüben, erforderlich. Die Behandlung hat innert zwei Monaten seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.

3) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter den gleichen Voraussetzungen und Einschränkungen wie bei den Physiotherapeuten die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen für medizinische Masseure und Bademeister.

Art. 58

Leistungen von Ernährungsberaterinnen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Ernährungsberaterinnen, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.

Art. 59

Leistungen von nichtärztlichen Psychotherapeuten

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Art. 48 aufgeführten Leistungen der ärztlichen Psychotherapie, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von nichtärztlichen Psychotherapeuten erbracht werden.

Art. 60

Leistungen bei Aufenthalt in Heilanstalten

1) Die Leistungen im Sinne von Art. 13 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes bei Aufenthalt in einer Heilanstalt zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder zur stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation richten sich nach den von der Regierung abgeschlossenen Tarifvereinbarungen.

2) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen in Pflegeheimen im Sinne von Art. 16a Abs. 3 des Gesetzes und Art. 68 dieser Verordnung, mit Ausnahme der Kosten für Verpflegung und Unterkunft, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn diese Leistungen nach

den Bestimmungen dieser Verordnung auch bei einer ambulanten Behandlung zu übernehmen sind.

3) Bei Berechnung der Kassenleistungen im Sinne von Art. 17 Abs. 3 des Gesetzes muss von der Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung dem Versicherten für seine persönlichen Bedürfnisse neben der Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Mindestbetrag von 300 Franken monatlich verbleiben.

4) Die Leistungen werden unter der Voraussetzung erbracht, dass der Versicherte in einer Heilanstalt untersucht, behandelt und gepflegt wird, welche nach medizinischer Indikation seinen Bedürfnissen entspricht. Ist diese Voraussetzung nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Tarife und der Leistungsumfang jenes Leistungserbringers anzuwenden, welcher nach medizinischer Indikation den Bedürfnissen des Patienten entspricht.

5) Die Kassen leisten auf Verlangen der Heilanstalt die entsprechenden Kostengutsprachen.

Art. 61

Leistungen bei Hauskrankenpflege

Bei ärztlich angeordneter Hauskrankenpflege gemäss Art. 13 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die im Anhang 4 zu dieser Verordnung aufgeführten Leistungen für Grundpflege und Behandlungspflege, wenn diese von Krankenschwestern oder von Organisationen der Hauskrankenpflege erbracht werden.

Art. 62

Leistungen bei häuslicher Pflege

1) Voraussetzung für die Übernahme der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 13 Abs. 1 Bst. e des Gesetzes ist eine ärztliche Bestätigung, dass die häusliche Pflege befürwortet wird und ohne häusliche Pflege Aufenthalt und Pflege in einer Heil- oder Pflegeanstalt nötig wäre.

2) Leistungen der Kasse richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Versicherten und betragen maximal 100 Franken im Tag. Die Abstufung der Beiträge kann nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Kassen haben die Angemessenheit der Leistung in jedem

Einzelfall zu prüfen. Hilfslosenentschädigungen gemäss dem Ergänzungsleistungsgesetz (ELG) und Pflegebeiträge der Invalidenversicherung für hilflose Minderjährige werden angerechnet, ausser bei Bezüglern von Ergänzungsleistungen und im Falle von Hilfslosenentschädigungen, die einzig zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte ausgerichtet werden.

3) Andere Unkosten, die in Zusammenhang mit häuslicher Pflege anfallen und nicht von der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder der Invalidenversicherung vergütet werden, sind von den Kassen zu übernehmen, soweit sie zur Durchführung der Pflege unabdingbar sind, namentlich das Mieten von Hebebetten, Rollstühlen und Badeinsätzen.

4) Für Haushaltshilfen und für hauswirtschaftliche Arbeiten, die durch die eingesetzte Pflegeperson durchgeführt werden, entrichten die Kassen keine Leistungen.

Art.63

Badekuren

Die Beitragsleistung der Kassen an medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Badekuren beträgt in der Grundversicherung 50 Franken pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr. Eine Badekur muss mindestens 14 aufeinander folgende Tage dauern.

Art. 64

Krankentransporte

1) Die Leistungspflicht der Kassen zur Übernahme der Kosten für Krankentransporte ist beschränkt auf Transporte von Liechtenstein in Heilanstalten, mit welchen das Land Verträge abgeschlossen hat, auf Rücktransporte aus derartigen Heilanstalten, auf Transporte in die Praxis eines liechtensteinischen Arztes oder Zahnarztes und auf Rücktransporte aus derartigen Arztpraxen, vorausgesetzt, dass der Transport oder Rücktransport im zuletzt erwähnten Fall medizinisch notwendig ist und auf ärztliche Anordnung hin erfolgt. Vorbehalten bleiben die Abs. 2 und 3.

2) Krankentransporte von Liechtenstein oder von einem Vertragsspital in andere als die in Abs. 1 genannten Heilanstalten sowie von einem Vertragsspital in ein anderes Vertragsspital sind nur dann versichert, wenn die Behandlung des Versicherten in einer derartigen Heilanstalt aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kassen haben das Recht,

sich die Notwendigkeit der Behandlung in einer anderen als den in Abs. 1 genannten Heilanstalten ärztlich bestätigen zu lassen.

3) Bei Krankentransporten vom Ausland in die in den Abs. 1 und 2 genannten Heilanstalten sowie in die in Abs. 1 genannten Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei entsprechenden Rücktransporten haben die Kassen Krankentransportkosten bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.

4) Bei Krankentransporten im Ausland haben die Kassen Krankentransportkosten für medizinisch notwendige Transporte in die nächstliegende geeignete Heilanstalt bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.

5) Ist ein unter den Abs. 1, 2 oder 3 genannter Krankentransport aus medizinischen Gründen mit dem Helikopter notwendig, so übernehmen die Kassen diese Transportkosten, bei Krankentransporten aus dem Ausland jedoch höchstens 1 000 Franken pro Fall.

6) Voraussetzung für die Übernahme der Krankentransportkosten durch die Kassen ist ferner, dass Krankentransporte durch dafür behördlich anerkannte Krankentransportunternehmen durchgeführt werden. Die im Inland dafür verwendeten Fahrzeuge müssen mit den erforderlichen und von der Sanitätskommission als geeignet befundenen Einrichtungen ausgestattet sein.

IV. Leistungserbringer

Art. 65

Medizinische Berufe

Ärzte und Apotheker sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, soweit ihnen die Regierung eine Konzession zur selbständigen Ausübung ihres Berufes gemäss dem Sanitätsgesetz erteilt hat.

Art. 66

Andere Berufe der Gesundheitspflege

Zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen sind folgende andere Berufe der Gesundheitspflege im Sinne des Sanitätsgesetzes, sofern für die selbständige Ausübung des Berufes die Konzession erteilt worden ist:

- a) Chiropraktiker;
- b) Hebamme;
- c) Krankenschwester;
- d) Physiotherapeut;
- e) Medizinischer Masseur und Bademeister;
- f) Ernährungsberaterin;
- g) Nichtärztlicher Psychotherapeut.

Art. 67

Organisationen der Krankenpflege

Organisationen der Gesundheitspflege können durch die Regierung zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn sie die Voraussetzungen des Sanitätsgesetzes erfüllen.

Art. 68

Heilanstalten

Heilanstalten oder deren Abteilungen zur Akutbehandlung (Spitäler) und zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime) sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie durch das Land errichtet oder betrieben werden. Die Regierung kann weitere Heilanstalten zulassen.

Art. 69

Laboratorien

Laboratorien sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, soweit ihnen die Regierung eine Konzession zur selbständigen Ausübung ihres Berufes gemäss dem Sanitätsgesetz erteilt hat.

Art. 70

Krankentransport

Wer nach liechtensteinischem Recht zugelassen ist und mit dem Verband der Krankenkassen einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherten tätig sein.

Art. 71

Leistungserbringer im Ausland

1) Medizinische Berufe und andere Berufe der Gesundheitspflege mit einer gleichwertigen Ausbildung sowie Heilanstalten, Laboratorien und Unternehmungen für Krankentransporte im Ausland können zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen, wenn sie nach Art. 18 des Gesetzes und nach Art. 74 dieser Verordnung von den Versicherten aufgesucht werden dürfen, und sie nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie ihre Leistungen erbringen, zugelassen sind.

2) Der Verband kann mit ausländischen Leistungserbringern, die ausschliesslich ambulante Leistungen erbringen, Tarifvereinbarungen abschliessen.

Art. 72

Heilbäder

Die Beiträge an ärztlich verordnete Badekuren werden in Heilbädern erbracht, welche unter ärztlicher Leitung stehen und welche nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie sich befinden, zugelassen sind.

V. Tarife

Art. 73

Tarifvereinbarungen mit Pflegeheimen

Der Verband schliesst mit den nach dem Sanitätsgesetz zugelassenen Pflegeheimen die Tarifvereinbarungen ab. Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung. Kommt keine Vereinbarung zustande, erlässt die Regierung nach Anhören des Verbandes und der Pflegeheime den Tarif.

Art. 74

Vergütung von Leistungen im Ausland

1) Müssen Leistungen aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes von einem Leistungserbringer im Ausland erbracht werden, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, haben die Kassen höchstens den doppelten Betrag der Kosten zu übernehmen, die bei Anwendung einer nach dem Gesetz geltenden Tarifregelung vergütet würden.

2) Besteht keine entsprechende Tarifregelung und ist die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dennoch gegeben, legt das Amt für Volkswirtschaft auf Antrag des Krankenkassenverbandes und nach Anhören des Landesphysikus die Vergütung fest.

Art. 75

Tarifvereinbarungen für freiwillige Versicherungen

1) Die Regierung kann mit Spitälern, mit welchen sie eine Tarifvereinbarung über die Leistungen der obligatorischen Versicherung abschliesst (Vertragsspitäler), auch eine Tarifvereinbarung für Leistungen der freiwilligen Versicherungen abschliessen. Sie zieht die Kassen zu den Vertragsverhandlungen bei.

2) Tarifvereinbarungen für Leistungen der freiwilligen Versicherungen mit Spitälern, die nicht Vertragsspitäler sind, können von den einzelnen Kassen selbständig abgeschlossen werden. Schliesst der Verband solche Vereinbarungen ab, entscheiden die einzelnen Kassen, ob sie dieser Vereinbarung beitreten wollen. Die Kassen regeln in ihren Statuten oder Reglementen die Leistungspflicht der freiwilligen Versicherungen bei Fehlen einer Vereinbarung.

VI. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Art. 76

Rechnungsstellung

1) Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:

- a) Kalendarium der Behandlungen;
- b) erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c) Diagnosen nach dem in der Tarifvereinbarung oder, bei Fehlen einer Vereinbarung, von der Regierung festgelegten Diagnose-Code.

2) Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen sind in der Rechnung von anderen Leistungen klar zu unterscheiden. Bei Behandlungen, die über das Ende eines Kalenderjahres fort dauern, ist jeweils für Behandlungen bis zum 31. Dezember eine gesonderte Abrechnung zu erstellen.

Art. 77

Vorlegung der Abrechnung an die Versicherten

1) Die dem Versicherten durch die Krankenkassen zuzustellende detaillierte Abrechnung im Sinne von Art. 19 Abs. 5 des Gesetzes hat folgende Angaben zu beinhalten:

- a) Name des Leistungserbringers;
- b) Zeitperiode der Behandlung;
- c) Kosten der ambulanten bzw. stationären Behandlung;
- d) Kosten für allfällig verordnete Behandlungen bei Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege;
- e) Medikamentkosten;
- f) Laborkosten;
- g) Kosten für apparativ-technische Leistungen.

2) Die einzelnen Kostenpositionen sind jeweils separat anzuführen.

VII. Finanzierung

A. Beiträge und Kostenbeteiligung

Art. 78

Beiträge der Versicherten

1) Die Kassen haben jede Änderung der Beiträge der Versicherten spätestens zwei Monate vor dem Inkrafttreten dem Amt für Volkswirtschaft zur Kenntnis zu bringen. Teilt die Aufsichtsbehörde der Kasse innerhalb eines Monats seit dem Eingang der Meldung nicht mit, dass sie die Änderung der Beiträge gestützt auf Art. 4a Abs. 4 des Gesetzes ablehnt, kann die Kasse die Änderung in Kraft setzen.

2) Das Amt für Volkswirtschaft kann eine Kasse jederzeit auffordern, die Beiträge der Versicherten zu ändern, wenn diese nicht mehr den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen, insbesondere wenn die finanzielle Sicherheit der Kasse gefährdet ist. Sie teilt der Kasse gleichzeitig mit, auf welchen Zeitpunkt die Beiträge zu ändern sind. Die Aufforderung muss in der Regel spätestens vier Monate vor dem Zeitpunkt der verlangten Änderung erfolgen. Die Aufsichtsbehörde kann von der Kasse alle für die Prämienkalkulation erforderlichen Unterlagen verlangen.

Art. 79

Arbeitgeberbeiträge

1) Das Amt für Volkswirtschaft bestimmt jeweils im Dezember gestützt auf die per 1. Januar des kommenden Jahres geltenden Beiträge der Versicherten den Landesdurchschnitt der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend sind die Prämien der Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und der obligatorischen Kostenbeteiligung nach Art. 23 des Gesetzes. Die Gewichtung der Prämien der einzelnen Kassen erfolgt nach dem Gesamtbestand an Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2) Der Arbeitgeberbeitrag entspricht der Hälfte des Landesdurchschnitts der Prämien. Er bleibt in der Regel für das ganze Kalenderjahr unverändert. Bei Prämien erhöhungen innerhalb eines Kalenderjahres, die einen erheblichen Einfluss auf den Landesdurchschnitt der Prämien haben, kann das Amt für Volkswirtschaft eine neue Berechnung des Landesdurchschnittes und des Arbeitgeberbeitrages vornehmen.

Art. 80

Kollektivversicherung

1) Kollektivversicherungsverträge im Sinne von Art. 22 Abs. 7 des Gesetzes sind zulässig mit:

- a) Arbeitgebern für sich und ihre Familienangehörigen, ihre Arbeitnehmer und ihre pensionierten Arbeitnehmer und deren Familienangehörigen;
- b) Arbeitgeberorganisationen für ihre Mitglieder, die Arbeitnehmer ihrer Mitglieder und die Familienangehörigen.

2) Kommt eine Kasse dieser Vorschrift sowie jenen des Art. 22 Abs. 7 des Gesetzes nicht nach, so kann ihr die Regierung nach fruchtloser schriftlicher Mahnung den Abschluss von Kollektivverträgen untersagen. Die Regierung kann in einem solchen Fall die Kasse verpflichten, bereits abgeschlossene Verträge auf den nächsten Termin zu kündigen.

Art. 81

Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

Versicherte, die wegen regelmässig wiederkehrenden oder ohne wesentlichen Unterbruch andauernden Behandlungen hohe Jahreskosten verursachen, können von der Entrichtung des Selbstbehaltes befreit werden. Die Regierung legt fest, ab welcher Höhe der Jahreskosten diese Befreiung eintritt. Sie kann nach Anhören der Kassen und der Ärzte für bestimmte Indikationen, insbesondere Alzheimererkrankung, Dialysebehandlung bei Niereninsuffizienz, Hämophilie und symptomatische HIV-Infekte, und ab einer bestimmten Höhe der Jahreskosten die Kassen anweisen, die Versicherten von der Entrichtung der Franchise und des Selbstbehaltes zu befreien.

Art. 82

Freiwillige Kostenbeteiligung

Die Kassen legen innerhalb der Höchstgrenze von Art. 23a Abs. 1 des Gesetzes die Jahresbeträge der freiwilligen Kostenbeteiligungen sowie die Reduktion der Prämien in ihren Statuten oder Reglementen fest. Die Reduktion der Prämie darf pro Kalenderjahr nicht höher sein als das von den Versicherten eingegangene zusätzliche Risiko der Kostenbeteiligung.

Art. 83

Beiträge und Kostenbeteiligung von Kindern und Jugendlichen

Erreicht ein Versicherter im Laufe eines Kalenderjahres die im Gesetz festgelegte Altersgrenze für die Bemessung der Beiträge und Kostenbeteiligungen von Kindern und Jugendlichen, erfolgt die Umstufung in die nächste Altersgruppe auf den Beginn des darauffolgenden Kalenderjahres.

B. Staatsbeiträge

Art. 84

Staatsbeiträge für Kinder im Hausarztsystem

1) Die Berechnung des Landesdurchschnittes der Kosten für Kinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr für die Staatsbeiträge nach Art. 24a Abs. 1 des Gesetzes erfolgt gestützt auf die Angaben der Kassen in der Jahresrechnung. Kinder, welche im Laufe eines Kalenderjahres das 16. Altersjahr vollenden, werden ab dem darauffolgenden Kalenderjahr nicht mehr berücksichtigt.

2) Für die Errechnung der Anzahl Kinder einer Kasse sind die Versicherungsmonate massgebend.

Art. 85

Staatsbeiträge für die übrigen Versicherten

1) Die Kassen übergeben dem Amt für Volkswirtschaft bis zum 31. Januar des folgenden Jahres die nötigen Angaben zur Berechnung der Staatsbeiträge nach Art. 24a Abs. 2 des Gesetzes. Das Amt für Volkswirtschaft teilt den Kassen vorgängig mit, ab welchem Betrag der jährlichen Krankenpflegekosten eines Versicherten die Angaben zu liefern sind.

2) Massgebend für die Feststellung der jährlichen Behandlungskosten ist das Abrechnungsjahr.

3) Die Kassen liefern ihre Angaben auf einem vom Amt für Volkswirtschaft herausgegebenen Formular und auf einem mit dem Amt für Volkswirtschaft vereinbarten elektronischen Datenträger. Die Angaben zu den einzelnen Versicherten sind in anonymisierter Form zu liefern, sie müssen den Jahrgang und das Geschlecht enthalten. Die Revisionsstelle

der Kasse bestätigt die Richtigkeit der Angaben der Kasse. Das Amt für Volkswirtschaft kann eine Überprüfung der Angaben veranlassen oder selber vornehmen.

Art. 86

Staatsbeiträge im Hausarztsystem

Die Berechnung der massgebenden Differenz für den Staatsbeitrag nach § 3 der Übergangsbestimmungen des Gesetzes vom 15. September 1999, LGBL. 1999 Nr. 208, erfolgt gestützt auf die Angaben der Kassen in der Jahresrechnung.

Art. 87

Abrechnung und Auszahlung der Staatsbeiträge

1) Das Amt für Volkswirtschaft teilt den Kassen bis zum 31. März die Abrechnung der Staatsbeiträge je Versicherten nach Art. 24a Abs. 2 des Gesetzes mit. Die Kassen berücksichtigen diese Angaben für die Berechnung des Risikoausgleichs.

2) Die Staatsbeiträge werden den Kassen 90 Tage nach vollständiger und korrekter Einreichung der Unterlagen durch die Kasse ausgerichtet.

3) Die Kassen können beim Amt für Volkswirtschaft gestützt auf die Abrechnung des Vorjahres die Auszahlung einer Akontozahlung für die Staatsbeiträge beantragen. Die Akontozahlung beträgt in der Regel 90 % des Staatsbeitrages des letzten definitiv abgerechneten Ergebnisses. Sie erfolgt in der Regel bis zum 31. März.

C. Beiträge an einkommensschwache Versicherte im Hausarztsystem

Art. 88

Massgebende Verhältnisse

1) Der steuerpflichtige Erwerb richtet sich unter Vorbehalt von Art. 92 Abs. 2 nach der rechtskräftigen Steuerveranlagung des Vorjahres, für welches die Subvention beansprucht wird. Für die familiären Verhältnis-

se sind die der Steuerveranlagung zugrunde liegenden Sachverhalte massgebend.

2) Bei Versicherten mit Unterhaltsansprüchen gegenüber den Eltern, welche das 25. Altersjahr im Laufe eines Kalenderjahres vollenden, richtet sich der Anspruch auf Subventionen im darauffolgenden Kalenderjahr nach ihrer eigenen Steuerveranlagung.

3) Für die Höhe des Prämienanteils ist der Zeitpunkt des Beitritts zum Hausarztssystem massgebend. In den nachfolgenden Jahren richtet sich der Subventionsanspruch nach der Höhe des Prämienanteils am 1. Januar des Jahres, für welches die Subvention beansprucht wird. Ändert sich die Höhe des Prämienanteils der Versicherten im Laufe eines Kalenderjahres um mehr als 20 %, ist der Anspruch auf Prämienverbilligung neu festzulegen.

Art. 89

Beiträge an Versicherte mit Wohnsitz im Ausland

1) Der Anspruch auf Beiträge an einkommensschwache Versicherte im Hausarztssystem mit Wohnsitz im Ausland richtet sich nach den Erwerbsgrenzen gemäss Art. 24b Abs. 2 des Gesetzes.

2) Anspruchswerber gemäss Abs. 1, die im Lande nicht steuerpflichtig sind oder im Lande nicht im ordentlichen Verfahren steuerlich veranlagt werden, haben zur Anspruchsgewährung die massgeblichen Erwerbsbestandteile sowie die Vermögensverhältnisse im Sinne von Art. 24b Abs. 1 und 3 des Gesetzes nachzuweisen.

3) Für Anspruchswerber gemäss Abs. 1, die im Lande steuerpflichtig sind und im ordentlichen Verfahren veranlagt werden, gelten in der Regel die für das massgebliche Steuerjahr veranlagten Steuerfaktoren.

Art. 90

Frist zur Einreichung des Antrages

1) Die Versicherten reichen den Antrag auf Prämienverbilligung auf dem amtlichen Formular bei der Gemeindeverwaltung der Wohn- bzw. Erwerbsgemeinde ein. Bei einer Steuerpflicht im Ausland ist der Antrag beim Amt für Volkswirtschaft zusammen mit einer Bescheinigung über die ausländische Steuerveranlagung einzureichen.

2) Die Anträge sind bis zum 31. Oktober des Jahres, für welches die Subvention beansprucht wird, einzureichen. Bei einer späteren Einreichung des Gesuches besteht kein Anspruch auf eine Auszahlung der Beiträge innert der in Art. 94 festgelegten Frist.

3) Wird ein Antrag nach Ablauf des Jahres, für welches die Subvention beansprucht wird, eingereicht, hat der Antragsteller zu begründen, weshalb er sein Gesuch verspätet einreicht. Ein Anspruch auf Subventionen besteht nur, wenn ein entschuldbarer Grund für die verspätete Einreichung vorliegt.

Art. 91

Mitwirkung der Gemeinden

1) Die Gemeinden leiten die eingegangenen Gesuche mit einer Erwerbsbescheinigung an das Amt für Volkswirtschaft weiter, sobald sie über die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres verfügen.

2) Die Gemeinden können für weitere Aufgaben beigezogen werden, namentlich zur Information der Versicherten.

Art. 92

Beurteilung der Anträge

1) Das Amt für Volkswirtschaft entscheidet über den Anspruch auf Prämienverbilligung nach dem Vorliegen der rechtskräftigen Steuerveranlagung des Vorjahres und stellt die Koordination mit den AHV/IV-Anstalten sicher.

2) Liegt die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres bis zum Jahresende nicht vor, kann das Amt für Volkswirtschaft das Vorliegen des Subventionsanspruches gestützt auf die letzte rechtskräftige Steuerveranlagung beurteilen. Es kann nach Rücksprache mit der Steuer- bzw. Gemeindeverwaltung auch die letzte eingereichte, aber noch nicht rechtskräftige Steuererklärung mitberücksichtigen.

Art. 93

Eröffnung des Entscheides

Gegen die vom Amt für Volkswirtschaft erlassenen Verfügungen und Entscheidungen betreffend die Beiträge an einkommensschwache Versicherte im Hausarztssystem kann binnen 14 Tagen ab Zustellung Vorstellung bzw. Beschwerde bei der Regierung erhoben werden.

Art. 94

Auszahlung der Beiträge

1) Die Prämienbeiträge werden den Versicherten in der Regel im Dezember rückwirkend für das ganze Kalenderjahr ausbezahlt. Ist eine Beschwerde hängig, erfolgt die Auszahlung nach Eintritt der Rechtskraft des Entscheides über die Prämienverbilligung.

2) Zur Sicherstellung der zweckmässigen Verwendung der Prämienbeiträge kann beim Amt für Volkswirtschaft die Auszahlung an einen Dritten beantragt werden. Die Drittauszahlung kann beantragt werden von:

- a) Amtsstellen, Institutionen oder Personen, welche die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für den Versicherten entrichten oder bevorschussen;
- b) Kassen bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Art. 36 Abs. 2.

Art. 95

Rückforderung

1) Prämienbeiträge, die zu Unrecht ausbezahlt worden sind, sind vom Amt für Volkswirtschaft bei den Personen, Amtsstellen oder Institutionen zurückzufordern, die sie bezogen haben.

2) Der Anspruch auf Rückforderung erlischt ein Jahr nach Kenntnissnahme der Unrechtmässigkeit oder ein Jahr nach der Festsetzung der Steuernachforderung, spätestens aber zehn Jahre nach der Auszahlung.

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

A. Risikoausgleich

Art. 96

Risikoausgleich im Jahre 2001 und 2002

1) Das erste Ausgleichsjahr für den Risikoausgleich ist das Jahr 2001. Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis Ende April 2000 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 1999 für eine erste Schätzung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern.

2) Das Amt für Volkswirtschaft teilt den Kassen das Ergebnis der Schätzung für das Jahr 2001 bis Ende Juni 2000 mit. Die Kassen verwenden diese Schätzung für die Berechnung der Prämien im Jahr 2001.

3) Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis Ende April 2001 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 2000 für die provisorische Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern. Das Amt für Volkswirtschaft teilt den Kassen bis Ende Juni 2001 das Ergebnis der provisorischen Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 mit.

4) Die Zahlungen für die provisorische Berechnung des Jahres 2001 sind zu leisten:

- a) Risikoabgaben der Kassen bis zum 15. August 2001;
- b) Ausgleichsbeiträge an die Kassen bis zum 15. September 2001.

5) Die Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis Ende April 2002 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 2001 für die definitive Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern. Diese Angaben bilden gleichzeitig die Grundlage für die provisorische Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2002. Das Amt für Volkswirtschaft teilt den Kassen bis Ende Juni 2001 das Ergebnis der Berechnung mit.

6) Die Zahlungen für die provisorische Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2002 und die definitive Berechnung für das Jahr 2001 sind im Jahr 2002 innert der in Art. 28 Abs. 2 und 3 festgelegten Fristen zu leisten.

B. Hausarztssystem

Art. 97

Aufnahme in den Hausärzterein

1) Die Ärzte, welche nach § 1 der Übergangsbestimmungen des Gesetzes vom 15. September 1999, LGBL. 1999 Nr. 208, zum Hausarztssystem zugelassen sind und dem Hausärzterein vor dem 1. April 2000 beigetreten sind, müssen die Erklärung nach Art. 18a Abs. 7 des Gesetzes bis spätestens am 30. Juni 2000 der Zulassungskommission abgeben. Geben sie diese Erklärung nicht ab, verlieren sie ihre Mitgliedschaft im Hausärzterein.

2) Ärzte, welche nach § 1 der Übergangsbestimmungen des Gesetzes vom 15. September 1999, LGBL. 1999 Nr. 208, zum Hausarztssystem zugelassen sind und dem Hausärzterein vor dem 1. April 2000 nicht beigetreten sind, können dem Hausärzterein bis zum 30. Juni 2000 durch einseitige Abgabe der Erklärung im Sinne von Art. 18a Abs. 7 des Gesetzes beitreten. Nach dem 30. Juni 2000 entscheidet die Zulassungskommission gestützt auf die Bedarfsplanung im Sinne von Art. 18a Abs. 6 des Gesetzes über die Zulassung zum Hausarztssystem.

C. Qualitätssicherung

Art. 98

Abschluss von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung

Die Vereinbarungen im Sinne von Art. 19a Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch sind bis 31. Dezember 2001 abzuschliessen.

Art. 99

Fehlen von Tarifvereinbarungen

1) Für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, zu welchen am 1. April 2000 noch keine Tarifvereinbarungen bestehen, kommen bis zum Abschluss einer Tarifvereinbarung die im Kanton St. Gallen geltenden Tarifregelungen zur Anwendung.

2) Kommen für solche Leistungen bis zum 31. Dezember 2002 keine Tarifvereinbarungen zustande, legt die Regierung auf Antrag des Krankenkassenverbandes oder der Ärzteschaft den Tarif fest.

D. Aufsicht über die Kassen

Art. 100

1) Bereits anerkannte Kassen haben dem Amt für Volkswirtschaft bis zum 31. Dezember 2000 eine Bescheinigung über ihren Eintrag ins Öffentlichkeitsregister einzureichen.

2) Kassen, welche in der Jahresrechnung 2000 die Mindestreserven nach Art. 4 Abs. 4 nicht ausweisen können, haben dem Amt für Volkswirtschaft gleichzeitig mit der Einreichung der Jahresrechnung 2000 einen Finanzierungsplan zur Äufnung der Reserven vorzulegen. Die Mindestreserven müssen spätestens in der Jahresrechnung 2002 erreicht sein. Das Amt für Volkswirtschaft kann gestützt auf den Finanzierungsplan einer Kasse eine längere Frist bewilligen.

3) Das Reglement über die Kapitalanlagen (Art. 6) ist dem Amt für Volkswirtschaft bis spätestens am 31. Dezember 2000 zur Genehmigung einzureichen.

4) Die Kassen haben ihre Versicherungsbedingungen spätestens auf den 1. Januar 2001 dem neuen Recht anzupassen. Sie geben die entsprechenden Änderungen dem Amt für Volkswirtschaft bis spätestens am 31. Oktober 2000 bekannt. Dem neuen Recht widersprechende Versicherungsbedingungen dürfen nach dem 1. April 2000 nicht mehr angewendet werden.

5) Das Amt für Volkswirtschaft gibt den Kassen bis zum 31. Dezember 2000 den in Art. 8 vorgesehenen Kontenplan bekannt und legt gleichzeitig eine Frist zur Einführung dieses Kontenplanes durch die Kassen fest.

E. Staatsbeiträge

Art. 101

Akontozahlungen in den Jahren 2000 und 2001

1) Die Kassen können dem Amt für Volkswirtschaft bis zum 30. April 2000 einen Antrag auf Auszahlung einer Akontozahlung für die Staatsbeiträge an Kinder nach Art. 24a Abs. 1 und der Staatsbeiträge nach § 3 der Übergangsbestimmungen des Gesetzes vom 15. September 1999, LGBl. 1999 Nr. 208, stellen. Sie geben dabei die Anzahl der bei der Kasse per 1. April 2000 im Hausarztssystem versicherten Personen und davon die im Hausarztssystem versicherten Kinder der Jahrgänge 1984 bis 2000 an.

2) Das Amt für Volkswirtschaft berechnet die Akontozahlung gestützt auf die Ergebnisse der Jahresrechnungen 1999 so, dass für die Staatsbeiträge nach Art. 24a Abs. 2 des Gesetzes 90 % des voraussichtlichen Subventionsanspruches und für die Staatsbeiträge nach § 3 der Übergangsbestimmungen 5 % der voraussichtlichen Kosten der erwachsenen Versicherten im Hausarztssystem ausgerichtet werden. Die Auszahlung der Akontozahlungen erfolgt per 31. August 2000.

3) Die Berechnung der Akontozahlungen für das Jahr 2001 erfolgt gestützt auf die in den Jahresrechnungen 1999 ausgewiesenen Kosten und die Angaben der Kassen über die per 1. Januar 2001 versicherten Personen. Das Amt für Volkswirtschaft kann für die voraussichtlich bis zum Jahre 2001 zu erwartende Kostensteigerung einen angemessenen Zuschlag einberechnen.

F. Aufhebung bisherigen Rechts, Inkrafttreten

Art. 102

Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a) Verordnung vom 16. August 1989 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1989 Nr. 52;
- b) Verordnung vom 14. November 1995 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1995 Nr. 213;

- c) Kundmachung vom 19. Dezember 1995 über die Berichtigung des Landesgesetzblattes 1995 Nr. 213, LGBL. 1996 Nr. 4;
- d) Verordnung vom 13. August 1996 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1996 Nr. 129;
- e) Verordnung vom 9. Dezember 1998 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1998 Nr. 220.

Art. 103

Inkrafttreten

1) Diese Verordnung tritt, unter Vorbehalt von Abs. 2, am 1. April 2000 in Kraft.

2) Die Art. 18 bis 31 sowie Art. 85 und 87 treten am 1. Januar 2001 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Dr. Mario Frick*
Fürstlicher Regierungschef

Anhang 1

(Art. 47 Abs. 2, Art. 49 Abs 1)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

Dieser Anhang stützt sich auf Art. 47 Abs. 2 und Art. 49 Abs. 1 der Verordnung. Er enthält keine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Er enthält:

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

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	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	1.4.2000
Endoprothesen	Ja		1.4.2000
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Amputation	1.4.2000
Eigenbluttransfusion	Ja		1.4.2000
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> a) Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin b) Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c) Der Patient oder die Patientin hat einen Bodymass Index (BMI) von mehr als 40. d) Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e) Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter f) Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). g) Das Spital muss ein Evaluationsregister führen. 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		1.4.2000
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.4.2000
Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie	1.4.2000
Isolierte Lungen- transplantation	Ja	Bei Patienten im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung	1.4.2000
Herz-Lungen- Transplantation	Nein		1.4.2000
Lebertransplantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr)	1.4.2000
Kombinierte Pan- kreas-und Nieren- transplantation	Ja		1.4.2000
Isolierte Pankreastrans- plantation (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas After Kidney)	Nein		1.4.2000
Allogene Transplanta- tion mit zweischichti- gem, menschlichem, lebendem Haut- äquivalent	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h., wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrose- behandlung	Nein		1.4.2000
Stosswellentherapie in der Orthopädie	Nein		1.4.2000
Viskosupplementation mit Hyalaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose	Nein		1.4.2000
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.4.2000
<i>1.4 Urologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Extrakorporale Stoss- wellenlithotripsie (ESWL), Nierenstein- zertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a) bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b) bei Harnsteinen des Nierenkelches, c) bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Stei- nes ein Spontanabgang als unwahr- scheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patien- ten verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompeten- te fachliche und apparative Betreuung wäh- rend der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	1.4.2000
Operative Behandlung bei Erektionsstörun- gen			
- Penisprothese	Nein		1.4.2000
- Revaskularisa- tionschirurgie	Nein		1.4.2000
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schweren Harninkontinenz	1.4.2000
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.4.2000
Embolisationsbehand- lung bei Varikozele testis			
- mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.4.2000
- mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.4.2000
Transurethrale ultra- schallgesteuerte laser- induzierte Prostatek- tomie	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Harninkontinenz	Nein		1.4.2000

2 Innere Medizin

2.1 Allgemein

Ozon-Injektions- therapie	Nein		1.4.2000
Hyperbare Sauerstoff- therapie	Ja	Bei: - chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden - Osteomyelitis am Kiefer - chronische Osteomyelitis	1.4.2000 1.4.2000
Frischzellentherapie	Nein		1.4.2000
Serocytotherapie	Nein		1.4.2000
Impfung gegen Toll- wut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten	1.4.2000
Behandlung der Adi- positas	Ja	- Bei Übergewicht von 20 % oder mehr - Bei Übergewicht und kommittierender Krankheit, welche durch die Gewichts- reduktion günstig beeinflusst werden kann.	1.4.2000
- durch Amphetamin- derivate	Nein		1.4.2000
- durch Schilddrüsen- hormon	Nein		1.4.2000
- durch Diuretica	Nein		1.4.2000
- durch Chorion- Gonadotropin- Injektionen	Nein		1.4.2000
Hämodialyse ("künstliche Niere")	Ja		1.4.2000
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		1.4.2000
Peritonealdialyse	Ja		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.4.2000
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.4.2000
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: - Der Patient ist ein extrem labiler Diabetiker. - Er kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. - Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung des Patienten erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt, durch einen frei praktizierenden Facharzt mit entsprechender Erfahrung.	1.4.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.4.2000
Plasmapherese	Ja	Indikationen: - Hyperviskositätssyndrom - Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: - myastenia gravis - trombotisch trombozytopenische Purpura - immunämolytische Anämie - Leukämie - Goodpasture-Syndrom - Guillain-Barré-Syndrom - akute Vergiftungen - familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	1.4.2000
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie	1.4.2000
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation			
- autolog	Ja	Bei Lymphomen Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei akuter myeloischer Leukämie.	1.4.2000
	Nein	Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen Bei kongenitalen Erkrankungen	1.4.2000
- allogene	Ja	Bei akuter myeloischer Leukämie Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei der chronischen myeloischen Leukämie Beim myelo-dysplastischen Syndrom Bei der aplastischen Anämie Bei Immundefekten und Inborn errors Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender)	1.4.2000
	Nein	Bei soliden Tumoren	1.4.2000
Gallensteinzertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Cholelithiasis Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen)	1.4.2000
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: - Schlafapnoesyndrom - periodische Beinbewegung im Schlaf - Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist - ernsthafte Parasomnie (z.B. epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und wenn daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften	1.4.2000 1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigued syndrome.	1.4.2000
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.4.2000
Multiple Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften	1.4.2000
Maintenance of Wakefulness Test	Ja		
Aktigraphie	Ja		
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori-Elimination	Ja	Die Vergütung des Harnstoffes (13C) richtet sich nach der Spezialitätenliste (SL); die Vergütung der Analyse richtet sich nach der Analysenliste (AL).	1.4.2000
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		1.4.2000
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		1.4.2000
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.	1.4.2000
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten	Nein		1.4.2000
Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA - Patienten mit Status nach Bypass-Operation - Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen - Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren - Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der kardiologischen Fachgesellschaften entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - erhöhtes kardiales Risiko - verminderte Leistung des Myokards - Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.</p>	
Implantation eines Defibrillators	Ja		1.4.2000
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.4.2000
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.4.2000
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		1.4.2000
Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrostimulation des Rückenmarkes durch die Implantation eines Neurostimulations-systems	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.	1.4.2000
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystem	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarks-Läsionen, intraduraler Nervenauriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
Implantation eines Neurostimulationssystem zur Behandlung von Bewegungsstörungen	Ja	Sofern die Hochfrequenzkoagulation im Thalamusbereich mit erhöhten Komplikationsrisiken verbunden ist. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient selber den TENS-Stimulator an, so vergütet ihm der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - der Arzt oder auf seine Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit der TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben; - der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt haben. - Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen. 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können wie z.B. ischi- algiforme Schmerzzustände oder Schul- ter-Arm-Syndrome. - Schmerzzuständen nach Nervenkompres- sionserscheinungen; so z.B. weiterbeste- hende Schmerzausstrahlungen nach Dis- kushernieoperation oder Carpal tunnel- operation. 	
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantier- ten Medikamenten- Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität	1.4.2000
Intrathekale Behand- lung chronischer somatogener Schmer- zen mit Hilfe eines implantierten Medi- kamenten-Dosierers	Ja		1.4.2000
Motorisch evozierte Potentiale als Gegen- stand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	<p>Diagnostik neurologischer Krankheiten.</p> <p>Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeits- ausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie der Schweizeri- schen Gesellschaft für klinische Neurophy- siologie</p>	1.4.2000
Resektive kurative "Herdchirurgie" der Epilepsie	Ja	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis des Vorliegens einer "Herd- epilepsie" - Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden - Nachgewiesene Pharmakotherapieresi- stenz - Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chir- urgisch-therapeutische Erfahrung und ad- äquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt. 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch - Balkendurchtrennung - selektive Amygdalohippokamp-ektomie - multiple subapiale Operation nach Morrell-Whisler - Vagusstimulation	Ja	- 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, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt. - Führung eines Evaluationsregisters	1.4.2000
Laser-Diskushernienoperation bzw. Laser-diskusdekompression	Nein		1.4.2000
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke	1.4.2000
<i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Synoviorthese	Ja		1.4.2000
<i>2.5 Krebsbehandlung</i>			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		1.4.2000
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.4.2000
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Anhang 2 für Ultraschall- kontrollen während der Schwangerschaft	1.4.2000
Künstliche Insemina- tion	Ja	- Mittels intra-uteriner homologer Insemi- nation bei einer zervikal bedingten Sterili- tät	1.4.2000
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.2000
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		1.4.2000
Sterilisation: - bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisa- tion eine Pflichtleistung, wenn eine Schwang- erschaft wegen eines voraussichtlich blei- benden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Metho- den der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherzi- ger Interpretation) nicht in Betracht kom- men.	1.4.2000
- 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 Ehemann- es aufzukommen.	1.4.2000
Laser bei Cervix-Ca in situ	Ja		1.4.2000
Nichtchirurgische Ablation des Endome- triums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Me- norrhagien in der Prämenopause	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt	1.4.2000
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr	1.4.2000
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen	1.4.2000
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		1.4.2000
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer SIDS-Abklärungsstelle	1.4.2000
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		1.4.2000
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes durchgeführt	1.4.2000
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	1.4.2000
Laser bei:			
- Naevus telegiectaticus	Ja		1.4.2000
- Condylomata acuminata	Ja		1.4.2000
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt selbst oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht durchgeführt	1.4.2000
Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		1.4.2000
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		1.4.2000
Protonen-Strahlentherapie intraokulärer Melanome am Paul-Scherrer-Institut	Ja		1.4.2000
Laser bei:			
- diabetischer Retinopathie	Ja		1.4.2000
- Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.4.2000
- Kapsulotomie	Ja		1.4.2000
- Trabekulotomie	Ja		1.4.2000
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur	Nein		1.4.2000
Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur	Nein		1.4.2000
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	Ja	Wenn die Anisometropie nicht durch Brillen korrigiert werden kann und eine Kontaktlin- senunverträglichkeit besteht.	1.4.2000
Implantation von Myopie-Linsen	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Ultraschallvibrations- aerosole	Ja		1.4.2000
Behandlung mit "Elektronischem Ohr" nach Methode Tomatis (sog. Audio- Psychophonologie)	Nein		1.4.2000
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryn- gektomie oder nach erfolgter totaler Laryn- gektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
Laser bei: - Papillomatose der Atemwege	Ja		1.4.2000
- Zungenresektion	Ja		1.4.2000
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseiti- ger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und späterraubten Erwachsenen. Das Hör- training im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.2000
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerä- tes	Ja	Indikationen: - chirurgisch nicht korrigierbare Erkrän- kungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang - Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr - Intoleranz eines Luftleitungsgerätes - Ersatz eines konventionellen Knochen- leitungsgerätes bei Auftreten von Be- schwerden, ungenügendem Halt oder un- genügender Funktion.	1.4.2000
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schwerem Selbstverschulden	
- ambulant			
- stationär	Ja		
Methadonbehandlung	Ja	Die Leistungspflicht für die methadon-unterstützte Behandlung Heroinabhängiger besteht nur mit gültigem Verhandlungsvertrag.	1.4.2000
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.4.2000
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.4.2000
Gruppen-psychotherapie	Ja	Gemäss Art. 48 KVV	1.4.2000
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht	1.4.2000
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt	1.4.2000
Psychodrama	Ja	Gemäss Art. 48 KVV	1.4.2000
Therapiekontrolle durch Video	Nein		1.4.2000
Musiktherapie	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
9 Radiologie			
<i>9.1 Röntgendiagnostik</i>			
Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening)	1.4.2000
Knochendensitometrie - mit Doppelenergie- Röntgen-Absorptio- metrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma - Bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus - Gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) - Primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) - Osteogenesis imperfecta 	1.4.2000 1.4.2000
- mit Ganzkörper- Scanner	Nein	Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.4.2000
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kern- resonanz (MRI) mit einem PET-Scanner	Ja		1.4.2000
Positron-Emissions- Tomographie	Ja	<p>mit einem PET-Scanner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei therapieresistenter fokaler Epilepsie - Präoperativ bei Hirntumoren - Präoperativ vor einer aufwendigen Revascularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie - Präoperativ vor einer Herztransplantation - Tumorstaging von nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom <p>In der Onkologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei malignen Lymphomen: Staging; Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik 	1.4.2000 1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Beim Keimzelltumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnose nach Therapie - Beim kolorektalen Karzinom: Reststaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z.B. Tumormarkererhöhung); Diagnose zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor; Resttumordiagnose nach Therapie - Beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnose von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen 	
		In der Neurologie:	
		- Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 70 Jahre sind	
		In der Kardiologie:	
		- Bei einem nuklearkardiologisch, echokardiographisch oder koronarangiographisch dokumentierten Infarkt und Verdacht auf "hibernating myocardium" vor einer Intervention (PTCA/CABG) zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Dreifässerkrankung, z.B. auch nach Bypass bei komplexer Koronaranatomie	
	Nein	- Bei Verwendung einer PET - Coincidence Camera (PET CC)	
<i>9.3 Interventionelle Radiologie</i>			
Pionen- Strahlentherapie	Nein		1.4.2000
Radiochirurgie	Ja	Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Akustikusneurinome - Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen - nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome - arterio-venöse Missbildungen - Meningeome - Bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen. Die Leistungserbringer (Gamma Knife und LINAC) müssen ein Evaluationsregister führen und die Kosten erfassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist. Die Leistungserbringer (Gamma Knife und LINAC) müssen ein Evaluationsregister führen und die Kosten erfassen. 	
	Nein	- bei funktionellen Störungen	1.4.2000

10 Komplementärmedizin

Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Fachgesellschaften anerkannt ist.	1.4.2000
------------	----	---	----------

11 Zahnmedizin

11.1 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind. 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.

11.2 Allgemeinerkrankungen

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:

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

11.3 Zahnherdbehandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind:

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

Präventivmedizinische Massnahmen und Untersuchungsprogramme

1. Präventivmedizinische Massnahmen (Art. 50)

- 1.1 Als präventivmedizinische Massnahmen, die der Krankenpflege gleichgestellt werden, gelten:
 - a) Schutzimpfungen, ausgenommen die gesetzlich angeordneten, vom Staat bezahlten Schutzimpfungen;
 - b) Vorsorge- und Nachuntersuchungen.
- 1.2 Als Vorsorge- und Nachuntersuchungen gelten:
 - a) Untersuchungen von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten und Gebrechen, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Masse gefährden;
 - b) Untersuchungen von Erwachsenen ab dem 17. Lebensjahr.
- 1.3 Personen zwischen dem 17. und 70. Lebensjahr erhalten alle fünf Jahre eine schriftliche Einladung der Sozial- und Präventivmedizinischen Dienststelle zur Vorsorgeuntersuchung, Frauen zusätzlich alle zweieinhalb Jahre zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung. Die Einladung zur allfälligen Nachuntersuchung erfolgt durch die Arztpraxis. Personen nach dem 70. Lebensjahr können auf eigenen Wunsch weiterhin an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.
- 1.4 Zu den Vorsorgeuntersuchungen, welche die im Lande konzessionierten Ärzte durchführen, werden Personen eingeladen, die im Lande Wohnsitz haben und einer im Lande anerkannten Krankenkasse angehören.

2. Präventivmedizinische Untersuchungsprogramme (Art. 50)

- 2.1 Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Männer und Frauen setzt sich wie folgt zusammen:
 - a) Anamnese (alle Altersgruppen):
 - familiäres Risiko;
 - subjektive Beschwerden und ärztliche Behandlung;
 - Drogen;

- sexuelle Aktivität;
 - Medikamente;
 - Allergien;
 - Lebensgewohnheiten: Essverhalten, Alkohol, Psyche, Allgemeinbefinden, Rauchen, Sport;
- b) Laborwerte (vom 21. bis zum 70. Lebensjahr):
- Blutzucker nüchtern, Blutzucker pp, Gesamt-Cholesterin, Gamma-GT;
- c) Befunde (alle Altersgruppen):
- Grösse, Gewicht, Blutdruck, Herzauskultation;
- d) bei Risikogruppen:
- Hautinspektion;
 - Mundhöhle;
 - Karotiden;
- e) bei Frauen zusätzlich:
- Mammalpalpation;
 - Pap-Abstrich;
 - Gynäkologischer Status;
- f) höchstens fünf Nachuntersuchungen in fünf Jahren.
- 2.2 Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr setzt sich zusammen wie folgt:
- a) Neugeborene:
- Neugeborenen-Erstuntersuchung;
 - Neugeborenen-Basisuntersuchung (vom 5. bis 10. Tag);
 - Neugeborenen-Hüftscreening mittels Ultraschall (Hüftsonographie).
- b) In der 4. bis 6. Lebenswoche:
Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- c) Im 4. bis 6. Lebensmonat:
Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- d) Im 9. bis 12. Lebensmonat:
Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- e) Im 21. bis 24. Lebensmonat:
Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- f) Gegen Ende des 4. Lebensjahres:
Eingehende pädiatrische Untersuchung und Urinstatus.

- 2.3 Besondere Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft (Art. 51 Bst. a)
Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen unter den folgenden Voraussetzungen:

Massnahme

Voraussetzung

a) Kontrollen

1. Normale Schwangerschaft
 - *Erstkonsultation:* Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
 - *Weitere Konsultationen:* Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
2. Risikoschwangerschaft

Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.

Massnahme	Voraussetzung
b) Ultraschallkontrollen	
1. In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 10.-12. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolle in der 20.-23. Schwangerschaftswoche	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
c) Pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft
d) Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: <ul style="list-style-type: none"> - Bei Schwangeren ab 35 Jahren. - Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.
e) Kontrolle post-partum	Eine Untersuchung zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

Anhang 3
(Art. 55 Abs. 2)

**Abweichungen gemäss Art. 55 Abs. 2 von der für die
Schweizerische Krankenpflegeversicherung vom
Eidgenössischen Departement des Innern erlassenen
Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)**

Anhang 4
(Art. 57, 58, 61)

Leistungen von anderen Berufen der Gesundheitspflege

- 1. Leistungen von Physiotherapeuten (Art. 57 Abs. 1)**
- 1.1 Aktive und passive Bewegungstherapie einzeln und in Gruppen:
 - a) Krankengymnastische Behandlungen in der Traumatologie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Geriatrie und Psychiatrie nach anerkannten physiotherapeutischen Techniken;
 - b) Mobilisation und Stabilisation am Bewegungsapparat;
 - c) Mechanotherapie und Wirbelsäulenextensionstherapie;
 - d) Rehabilitation Kranker und Verletzter;
 - e) Herz- und Kreislauftraining;
 - f) Medizinische Trainingstherapie;
 - g) Gruppengymnastik und Rückenschule;
 - h) Hippotherapie bei behinderten Kindern und neurologischen Patienten;
- 1.2 Medizinische Massagetherapie und Reflexzonentherapie:
 - a) Klassische Massage;
 - b) Lymphdrainage;
 - c) Bindegewebsmassage;
 - d) Akupunktmassage;
 - e) Unterwassermassage;
 - f) Reflexzonenmassage;
- 1.3 Atemtherapie:
 - a) Atemgymnastik;
 - b) Inhalationstherapien;
 - c) Drainagetechniken;
 - d) Anwendung von Apparaten zur Bekämpfung der Ateminsuffizienz;

1.4 Thermotherapie:

- a) Wickel;
- b) Packungen;
- c) Heissluft;
- d) Kryotherapie;

1.5 Elektrotherapie:

- a) Interferenztherapie;
- b) Galvanisation, Iontophorese;
- c) Faradisation, Exponentialströme, Schwellströme;
- d) TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation);
- e) Muskelstimulation;
- f) Diodynamische Ströme;
- g) Kurz- Lang-, Ultrakurz- und Mikrowellentherapie;
- h) Ultrareizstrom;
- i) Hochvolttherapie;
- k) IT-Kurve;
- l) Ultraschalltherapie;

1.6 Lichttherapie:

- a) Lasertherapie;
- b) Rotlicht;
- c) Infrarot;
- d) Ultraviolett;

1.7 Hydrotherapie:

- a) Bewegungsbad und Wassergymnastik;
- b) Hydroelektrische Bäder;
- c) Hyperthermiebäder;
- d) Medizinalbäder;
- e) Unterwasserstrahlmassage;
- f) Medizinalduschen.

2. Leistungen von medizinischen Masseuren und Bademeistern (Art. 57 Abs. 3)

Medizinische Masseure und Bademeister können die folgenden Leistungen von Physiotherapeuten erbringen:

- a) Heilmassagen;
- b) Wassertherapie;
- c) Wärme- und Kältetherapie.

3. Leistungen von Ernährungsberaterinnen (Art. 58)

3.1 Die Ernährungsberaterin im Sinne von Art. 58 berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten mit folgenden Krankheiten:

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

3.2 Die Krankenversicherung übernimmt höchstens zwölf vom behandelnden Arzt angeordnete Sitzungen.

3.3 Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt richten. Der Vertrauensarzt schlägt der Kasse vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden soll.

4. Leistungen bei Diabetesberatung

4.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin von Krankenschwestern mit einer von der Regierung anerkannten speziellen Ausbildung erbracht wird.

- 4.2 Die Diabetes-Beratung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.
- 4.3 Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung höchstens 10 Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden. Pro Jahr dürfen maximal 20 Sitzungen übernommen werden.

5. Leistungen bei Hauskrankenpflege (Art. 61)

- 5.1 Die Grundpflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:
 - Patientenüberwachung;
 - Ganzwäsche, Teilwäsche, Haarwäsche, Kämmen;
 - Bad, Heilbad;
 - Nagelpflege;
 - Mundpflege;
 - Prophylaxe (z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturprophylaxe);
 - Lagerung;
 - Mobilisation (ohne Rehabilitation);
 - Betten;
 - Einreiben von indifferenten Hautpflegemitteln;
 - Inhalation ohne Medikamentenzusätze.
- 5.2 Die Behandlungspflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:
 - Vornahme von Injektionen;
 - Vornahme von Infusionen;
 - Katheterisierung;
 - Einführung von Magensonden;
 - Vornahme von Spülungen;
 - Anbringung von Verbänden inkl. Wundspülung;
 - Anbringung von Wickeln und Kataplasma;
 - Rehabilitationsmassnahmen (z. B. Packungen, Bewegungsübungen, Massage);
 - Absaugen;
 - Einreiben von differenten Salben;
 - Inhalationen mit Medikamenten;
 - Atemtherapie;
 - Diagnostische Massnahmen (Blutdruckmessung, Urin- und Blutproben);
 - weitere ärztlich verordnete Massnahmen.