Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2006

Nr. 177

ausgegeben am 31. August 2006

Verordnung

vom 23. August 2006

betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 13 Abs. 3 und Art. 23 Abs. 4 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, verordnet die Regierung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Die Verordnung vom 14. März 2000 zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV), LGBl. 2000 Nr. 74, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 81a

Erhöhung der Kostenbeteiligung bei bestimmten Originalarzneimitteln

1) Der Selbstbehalt beträgt 20 % der die Franchise übersteigenden Kosten bei Originalarzneimitteln, wenn in der Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1) damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreise mindestens 20 % tiefer sind als der Höchstpreis des entsprechenden Originalarzneimittels.

2) Verschreibt der Arzt beziehungsweise der Chiropraktor aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalarzneimittel, kommt Abs. 1 nicht zur Anwendung.

3) Der Arzt beziehungsweise der Chiropraktor informiert den Patienten, wenn in der Spezialitätenliste mindestens ein mit dem Originalarzneimittel austauschbares Generikum aufgeführt ist.

4) Das Amt für Volkswirtschaft kann die Kassen und alle Leistungserbringer anweisen, wie die Umsetzung der Selbstbehaltsregelung zu erfolgen hat.

Anhang 1

Der bisherige Anhang 1 wird durch nachfolgenden Anhang 1 ersetzt:

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 und Proktologie
- 2 Innere Medizin
 - 2.1 Allgemein
 - 2.2 Herz- und Kreislaufkrankungen, Intensivmedizin
 - 2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie
 - 2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie
 - 2.5 Krebsbehandlung
- 3 Gynäkologie, Geburtshilfe
- 4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie
- 5 Dermatologie
- 6 Ophthalmologie
- 7 Oto-Rhino-Laryngologie
- 8 Psychiatrie
- 9 Radiologie
 - 9.1 Röntgendiagnostik
 - 9.2 Andere bildgebende Verfahren
 - 9.3 Interventionelle Radiologie
- 10 Komplementärmedizin
- 11 Rehabilitation
- 12 Zahnmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.4.2000
Endoprothesen	Ja		1.4.2000
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: schwer verkalkte Aorta Nierenversagen chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen hohes Alter (über 70-75 Jahre) Kontraindikationen: tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (>1,5 mm) Gefässe peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	1.9.2006
Operative Mamma-rekonstruktion	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	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	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 inter-disziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin).	
		g) Das Spital muss ein Evaluationsregister führen.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		1.4.2000
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein		1.9.2006
Endolasertherapie von Varizen	Nein		1.9.2006
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.4.2000
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	1.4.2000
Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung.	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Herz-Lungen-Trans- plantation	Nein		1.4.2000
Isolierte Lebertrans- plantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr)	1.4.2000
Lebend-Lebertrans- plantation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. Eingeschlossen sind die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.9.2006
Kombinierte (simul- tane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja		1.4.2000
Isolierte Pankreas- Transplantation (Pancreas Transplan- tation Alone, Pan- creas After Kidney)	Nein		1.4.2000
Allotransplantation der Langerhanschen Inseln	Nein		1.9.2006
Autotransplantation der Langerhanschen Inseln	Nein		1.9.2006
Isolierte Dünndarm- transplantation	Nein		1.9.2006
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Nein		1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hautautograft mit gezüchteten Kerati- nozyten	Ja	Bei Erwachsenen: - Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche - tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: - Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche - tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.9.2006
Allogene Transplan- tation mit zwei- schichtigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Nein		1.4.2000
Autologes Epidermis- Äquivalent aus Zwei- Schritt-Verfahren	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Be- willigung. Zur Behandlung therapierefraktärer venö- ser oder arterio-venöser Ulcera cruris nach erfolgloser konservativer Therapie, d.h. bei indizierter Eigenhauttransplantation oder nach deren Versagen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Men- gen- und Kostenstatistik.	1.9.2006
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeu- tischem Charakter, d.h., wenn durch Rönt- genaufnahmen feststellbare Strukturverän- derungen oder Fehlbildungen der Wirbel- säule manifest geworden sind. Prophylak- tische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu ver- hindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künst- lichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.4.2000
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		1.4.2000
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.9.2006
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.4.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Nein		1.9.2006
Autologe Chondrozytentransplantation	Nein		1.9.2006
Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung	Ja	Patienten und Patientinnen mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsformen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung.	1.9.2006
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss	1.9.2006
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.9.2006
Laser-Meniscectomie	Nein		1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen	1.4.2000
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a) bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b) bei Harnsteinen des Nierenkelches, c) bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	1.4.2000
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
- Penisprothese	Nein		1.4.2000
- Revaskularisationsschirurgie	Nein		1.4.2000
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz	1.4.2000
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.4.2000
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis			
- mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.4.2000
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.4.2000
Hochenergie Transu- rethrale Mikrowel- lentherapie (HE- TUMT)	Nein		1.9.2006
Elektrische Neuro- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur vollständi- gen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behand- lung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE). Einheitliches Eva- luationsdesign mit Mengen- und Kosten- statistik.	1.9.2006
Elektrische Neuro- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. An einer anerkannten Institution mit Mano- metrier-Abteilung zur vollständigen mano- metrischen Untersuchung und einer Abtei- lung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser Behandlung (inklusive Rehabi- litation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Men- gen- und Kostenstatistik.	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions- therapie	Nein		1.4.2000
Hyperbare Sauerstoff- therapie	Ja	Bei: - chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden - Osteomyelitis am Kiefer - chronischer Osteomyelitis - Dekpressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist	1.4.2000 1.4.2000
Frischzelltherapie	Nein		1.4.2000
Serocytotherapie	Nein		1.4.2000
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten oder Patientinnen.	1.4.2000
Behandlung der Adipositas	Ja	- bei Übergewicht von 20 % oder mehr - bei Übergewicht und kommittieren- der Krankheit, welche durch die Ge- wichtsreduktion günstig beeinflusst wer- den kann	1.4.2000
- durch Ampheta- minderivate	Nein		1.4.2000
- durch Schilddrüsen- hormon	Nein		1.4.2000
- durch Diuretika	Nein		1.4.2000
- durch Chorion- Gonadotropin- Injektionen	Nein		1.4.2000
Hämodialyse ("künst- liche Niere")	Ja		1.4.2000
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		1.4.2000
Peritonealdialyse	Ja		1.4.2000
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sonden- freie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.4.2000
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Nein		1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.4.2000
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	<p>Unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin. - Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. - Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach vertrauensärztlicher Rücksprache, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung. 	1.4.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.4.2000
Plasmapherese	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperviskositätssyndrom - Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - myastenia gravis - trombotisch trombozytopenische Purpura - immunhämolytische Anämie - Leukämie - Goodpasture-Syndrom - Guillain-Barré-Syndrom - akute Vergiftungen - familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form 	1.4.2000
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	1.4.2000
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab	
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation				
- autolog	Ja	- bei Lymphomen - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei akuter myeloischer Leukämie	1.4.2000	
	Ja	- Beim multiplen Myelom	1.9.2006	
	Ja	- Bei myelodysplastischen Syndromen - Beim Neuroblastom - Beim Medulloblastom - Bei der chronisch myeloischen Leukämie - Beim Mammakarzinom - Beim Keimzelltumor - Beim Ovarialkarzinom - Beim Ewing-Sarkom - Bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor - Beim Rhabdomyosarkom - Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom - Bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter	1.9.2006	
	Nein	- Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie - Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie - Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen - Bei kongenitalen Erkrankungen	1.4.2000	
	Nein	- Bei Autoimmunerkrankungen	1.9.2006	
	- allogene	Ja	- Bei akuter myeloischer Leukämie - Bei akuter lymphatischer Leukämie - Bei der chronischen myeloischen Leukämie - Beim myelodysplastischen Syndrom - Bei der aplastischen Anämie - Bei Immundefekten und Inborn errors - Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender) - Beim multiplen Myelom - Bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie)	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		- Beim Nierenzellkarzinom	
	Ja	- Beim Melanom Die Kosten des Eingriffs beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.9.2006
	Nein	- Bei soliden Tumoren	1.9.2006
	Nein	- bei Autoimmunkrankheiten - beim Mammakarzinom	1.9.2006
	Nein	Bei soliden Tumoren	1.4.2000
Gallensteinzertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.2000
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: - Schlafapnoesyndrom - periodische Beinbewegungen im Schlaf - Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist - ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften	1.4.2000 1.4.2000
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome.	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: <ul style="list-style-type: none"> - eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; - persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. 	1.9.2006
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom Durchführung durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie.	1.9.2006
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	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften.	1.4.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren.	1.4.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	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
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.9.2006
Photodynamische Behandlung mit Metyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellulären Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinözellulären Karzinomen.	1.9.2006
Kalorimetrie und / oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei <ul style="list-style-type: none"> - Blutungen unbekannter Ursache - chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms - nach vorgängig durch geführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
<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
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.9.2006
Telefonische Überwachung von Pacerpatienten und -Patientinnen	Nein		1.4.2000
Implantation eines Defibrillators	Ja		1.4.2000
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.4.2000
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: - Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurffraktion 35 % trotz adäquater medikamentöser Therapie - Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.9.2006
Ambulantes Therapieprogramm der Sekundärprophylaxe nach koronaren Ereignissen	Ja	In Evaluation Die Behandlung muss durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin in Zusammenarbeit mit einem Kardiologen oder einer Kardiologin für die Dauer von einem Jahr verordnet sein und sollte regelmässig einmal in der Woche stattfinden.	1.1.2005 bis 31.12.2007
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.9.2006
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.9.2006
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		1.4.2000
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, 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
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenauriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.9.2006
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomene, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.9.2006
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin 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 die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS an der zu behandelnden Person erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben - der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben - Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen - Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können wie z.B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome - Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunneloperation 	1.4.2000
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.4.2000
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie.	1.4.2000
Resektive kurative "Herdchirurgie" der Epilepsie	Ja	Indikation: - Nachweis des Vorliegens einer "Herd-epilepsie" - Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden - Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz - Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.4.2000
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: - Balkendurchtrennung - Selektive Amygdalohippokampektomie - Multiple subapiale Operation nach Morell-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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Intradiskale elektro- thermale Therapie	Nein		1.9.2006
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.4.2000
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofre- quenztherapie	Nein		1.9.2006
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. - Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule - nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.9.2006
Bandscheiben- Prothesen	Ja	Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. - Degeneration von maximal 2 Segmenten - minimale Degeneration der Nachbar-segmente - keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) - keine primäre segmentale Kyphose (HWS) - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<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
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.9.2006
<i>2.5 Krebsbehandlung</i>			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		1.4.2000
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.4.2000
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.9.2006
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit - Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); - Fernmetastaser	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.4.2000
Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Ja	Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und - einer Lebenserwartung > 5 Jahre - einem Prostatavolumen < 60 ccm - keinen schweren obstruktiven Harn- Abflussstörungen Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Führung eines Evaluationsregisters.	1.9.2006

3 Gynäkologie, Geburtshilfe

Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Anhang 2 für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft	1.4.2000
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner homologer Insemination bei einer zervikal bedingten Sterilität. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	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 Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.4.2000
Laser bei Cervix-Carcinom in situ	Ja		1.4.2000
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause	1.4.2000
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Nein		1.9.2006
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms	Ja		1.9.2006
Dünnschicht-Zytoplogie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath	Ja		1.9.2006
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening	Nein		1.9.2006
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammotome, ABBI, Siteselect)	Ja	Führung eines Evaluationsregisters	1.9.2006
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.9.2006
Schwangerschaftsabbruch	Ja	Legal der Abbruch der Schwangerschaft nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs. Übernahme der Kosten für Gutachten zur Rechtfertigung des Eingriffs bis zur Höhe von maximal 250 Franken.	1.1.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher 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
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen	Ja	Im Alter von 0 – 6 Wochen, durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.9.2006
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.9.2006
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		1.4.2000
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin 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 teleangiectaticus	Ja		1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- Condylomata acuminata	Ja		1.9.2006
- Aknenarben	Nein		1.9.2006
- Keloid	Nein		1.9.2006
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.4.2000
Ambulante Balneo- Phototherapie	Nein		1.7.2002

6 Ophthalmologie

Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher 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
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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich, wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
Refraktive Korrektur mittels Intraokular- linse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.9.2006
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration	1.9.2006
	Ja	- Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration - Pathologische Myopie Führung eines einheitlichen Evaluationsregisters mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.9.2006
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.9.2006
Dilatation von Tränenangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	- Mit oder ohne Stent-Einlage - Ausführung durch interventionelle Radiologen und Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung	1.9.2006
Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: - Zur Therapiekontrolle bei schwer behandelbarem Glaukom, zur Evaluation vor chirurgischem Eingriff - Evaluation vor retinalen Eingriffen Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff durchgeführt werden soll	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehand- lung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchge- führt wird.	1.9.2006
Ultraschallvibrations- aerosole	Ja		1.4.2000
Behandlung mit "Elek- tronischem Ohr" nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophono- logie)	Nein		1.4.2000
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer im- plantierten 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 beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hör- reste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztli- cher Bewilligung. Bei peri- und postlingual ertaubten Kin- dern und spätertaubten Erwachsenen. Das Hörtraining ist als Bestandteil der Thera- pie zu übernehmen.	1.4.2000
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: - chirurgisch nicht korrigierbare Er- krankungen 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 ungenügender Funktion.	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantation des Mittel-Ohrimplantatsystems Typ "Vibrant Sound-bridge" zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.9.2006
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.4.2000
Speichelsteinlithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr)	1.9.2006

8 Psychiatrie

Behandlung von Rauschgiftsüchtigen

- ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schwerem Selbstverschulden.	1.4.2000
- stationär	Ja		1.4.2000
Methadonbehandlung	Ja	Die Leistungspflicht für die methadonunterstützte Behandlung Heroinabhängiger besteht nur mit gültigem Behandlungsvertrag.	1.4.2000
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.9.2006
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.4.2000
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.4.2000
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Art. 48 KVV	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 die Ärztin oder unter direkter ärztlicher 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

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening)	1.4.2000
Knochendensitometrie			
- mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (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 	<p>1.4.2000</p> <p>1.4.2000</p> <p>1.4.2000</p> <p>1.4.2000</p> <p>1.4.2000</p>
		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
- mit Ganzkörper Scanner	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.9.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.9.2006
Knochenanalytische Methoden:			
- Knochen resorptionsmarker	Nein		1.9.2006
- Knochenformationsmarker	Nein		1.9.2006
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.4.2000
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	1. Bei folgenden Indikationen: a) in der Kardiologie: - bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf "hibernating myocardium" vor einer Intervention (PTCA/CABG) - zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronar-anatomie wie z.B. nach einer Re-vascularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkulationsstörung - präoperativ vor einer Herztransplantation. b) in der Onkologie: - bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik - Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom - beim Keimzelltumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnostik nach Therapie - beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv,	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z. B. Tumormarkererhöhung); Diagnostik zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnostik nach Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnostik von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen - bei gastro-oesophagealen Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik - bei HNO-Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik <p>c) in der Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - präoperativ bei Hirntumoren. - präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie - Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 80 Jahre sind - bei therapieresistenter fokaler Epilepsie <p>2. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen</p> <p>3. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik</p>	
Magnet-Enzephalographie	Nein		1.9.2006
<i>9.3 Interventionelle Radiologie</i>			
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.4.2000
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Bei intraokulären Melanomen.	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Protonen-Strahlen- therapie	Ja	<p data-bbox="458 235 847 343">Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.</p> <p data-bbox="458 351 847 374">Indikationen:</p> <ul data-bbox="458 381 847 859" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="458 381 847 574">- Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithelkarzinome, Adenokarzinome, Adenoidcystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z. B. Paragangliome oder Hämangiopericytome) <li data-bbox="458 582 847 651">- Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) <li data-bbox="458 659 847 759">- Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) <li data-bbox="458 766 847 859">- Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist <p data-bbox="458 867 847 936">Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie:</p> <ul data-bbox="458 944 847 1244" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="458 944 847 967">- Gantry <li data-bbox="458 974 847 1013">- Moderne Strahlenapplikation (z. B. Spotscanning, IMPT) <li data-bbox="458 1021 847 1044">- Protonenbeschleuniger <li data-bbox="458 1051 847 1090">- Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen <li data-bbox="458 1098 847 1136">- Strahlenschutz, Strahlenüberwachung <li data-bbox="458 1144 847 1182">- Technicsupport <li data-bbox="458 1190 847 1244">- Speziell ausgebildetes Personal (Ärzte und Ärztinnen, Physiker und Physikerinnen, nichtakademisches Personal) <li data-bbox="458 1252 847 1275">- Führung eines Evaluationsregisters 	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie LINAC, Gamma-Knife	Ja	Indikationen: - Akustikusneurinome - Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen - nicht radikal operable Hypophysena- denome oder Kraniopharyngeome - arterio-venöse Missbildungen - Meningeome	1.4.2000 1.4.2000
	Nein	- Bei funktionellen Störungen	1.4.2000
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	- bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durch- messer von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nach- weisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen. - bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von ma- ximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist	1.9.2006
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	- bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durch- messer von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nach- weisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Scherzen - bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von ma- ximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja	Durch Ärzte oder Ärztinnen, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Fachgesellschaften anerkannt ist.	1.4.2000
Anthroposophische Medizin	Nein		1.9.2006
Chinesische Medizin	Nein		1.9.2006
Homöopathie	Nein		1.9.2006
Neuraltherapie	Nein		1.9.2006
Phytotherapie	Nein		1.9.2006
11. Rehabilitation			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreis- lauferkrankungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. <ul style="list-style-type: none"> - Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA - Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation - Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen - Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren - Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung - Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion - Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal 	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>und Infrastruktur dem Anforderungsprofil 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>	
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenerkrankungen.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.</p>	1.9.2006

12 Zahnmedizin

12.1 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 tumor-ähnliche 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.

12.2 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.

12.3 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 lang dauernder Immunsuppression;
- c) bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d) bei Endokarditis.

Anhang 2

Ziff. 2.1 Bst. e, Ziff. 2.3 Einleitungssatz, Bst. f und g sowie Ziff. 2.4

2.1 Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Männer und Frauen setzt sich wie folgt zusammen:

e) bei Frauen zusätzlich:

- Mammalpalpation;
- Pap-Abstrich;
- Gynäkologischer Status;
- Mammographie (bei Risikogruppen einmal pro Jahr; ab dem 50. Lebensjahr einmal alle zwei Jahre);

2.3 Besondere Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft (Art. 51 Bst. a)

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft folgende Kontrolluntersuchungen und andere Massnahmen unter nachstehenden Voraussetzungen:

Massnahme

Voraussetzung

f) Geburtsvorbereitung

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

g) Stillberatung

Die Stillberatung wird von Hebammen oder speziell in der Stillberatung ausgebildeten Krankenschwestern oder Krankenpflegern durchgeführt.

Die Kostenübernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

2.4 Spezielle Präventivuntersuchungen

Massnahme	Voraussetzung
a) HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
b) Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom, sofern im 1. Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen oder eine Person unter 30 Jahren befallen sind.
c) In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie	Bei Personen nach einem Anästhesiezwischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie oder bei Blutsverwandten ersten Grades von Personen, bei denen eine maligne Hyperthermie unter Anästhesie bekannt ist und eine Prädisposition für maligne Hyperthermie dokumentiert ist. Der Test ist in einem von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannten Zentrum durchzuführen.
d) Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebskrankheit	Bei Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit: <ul style="list-style-type: none"> - hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom - Polyposis Coli attenuierte Form der Polyposis Coli - hereditärem Colocarzinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polyptic)

colon cancer HNPCC)

- Retinoblastom

Durchführung durch Fachärzte und Fachärztinnen für medizinische Genetik oder Mitglieder des "Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling" des Schweizerischen Institutes für Angewandte Krebsforschung (SIAK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin für medizinische Genetik erbringen können.

Anhang 2b

Ziff. 1a Bst. a Pos. 241.3, 252.1 bis 252.3, 264.2 und 264.3

1a. Analysenliste für das ärztliche Praxislaboratorium

a) Analysen:

Pos.-Nr.	Taxpunkt	Voraussetzungen
Untersuchung verschiedener Körperflüssigkeiten und Sekrete, Mikrobiologische Untersuchung		
241.3	9.9	Abstrich auf betahämolisierende Streptokokken der Gruppe A
Blutmorphologische Untersuchungen		
252.1	8	Hämatogramm I (automatisiert): Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Hämatokrit und Indices. Limitation: nicht mit QBC-Methode
252.2	10	Hämatogramm II (automatisiert): Hämatogramm I, plus Thrombozyten Limitation: nicht mit QBC-Methode

252.3	13.3	Hämatogramm III (automatisiert): Hämatogramm II, plus 3 Leukozyten-Subpopulationen Limitation: nicht mit QBC-Methode
Blutchemische Untersuchungen		
264.2	16.7	D-Dimer, qualitativ Limitation: nur zum Ausschluss der disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC)
264.3	10.7	Troponin (T oder I), Schnelltest, nicht kumulierbar mit Pos.-Nr. 261.3 Kreatinin-Kinase (CK oder CPK) quantitativ und der schweizerischen Analysenliste Pos.-Nr. 8384.00 Kreatin-Kinase (CK), total

II.

Inkrafttreten

- 1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich Abs. 2 am 1. September 2006 in Kraft.
- 2) Art. 81a tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Otmar Hasler*
Fürstlicher Regierungschef