

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2018

Nr. 188

ausgegeben am 28. September 2018

Verordnung

vom 25. September 2018

betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 13 Abs. 3 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBL 1971 Nr. 50, 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. 47a

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

1) Wird ein elektiver Eingriff nach Anhang 1b Ziff. I stationär durchgeführt, so übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Durchführung des Eingriffs nur, wenn eine ambulante Durchführung wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist.

2) Eine ambulante Durchführung ist wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich, wenn eines der Kriterien nach Anhang 1b Ziff. II erfüllt ist.

3) Bei anderen Umständen als denjenigen nach den Kriterien nach Anhang 1b Ziff. II ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen. Diese berücksichtigt dabei die Empfehlung des Vertrauensarztes.

Anhang 1 Ziff. 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 4, 5, 6, 7, 8, 9.2, 9.3, 11 und 12.2 Abs. 2

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
...			
<i>Massnahme "Operative Reduktion der gesunden Brust" ersetzen durch:</i>	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin.	1.1.2016, 1.10.2018
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust			
...			
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der "Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders" (SMOB) vom 31. Oktober 2017 ¹ zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrativen Richtlinien der SMOB	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018

¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...		vom 31. Oktober 2017 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.	
1.2 Transplantationschirurgie		Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
...			
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, lege artis durchgeführter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den "Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden" der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011². Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.9.2006, 1.1.2014

² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und posttraumatischer Defekte	Ja	Betrifft nicht die postoperative Rekonstruktion der Mamma. Durch Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2017
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
...			
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm ² Ausdehnung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006; 1.7.2017
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26. Oktober 2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006; 1.7.2017- 31.12.2019
...			
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss. Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. September 2004 ³ . Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.	1.9.2006, 1.1.2014

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...		Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
1.4 Urologie und Proktologie			
...			
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berück- sichtigt. An einer anerkannten Institution mit uro- dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behand- lung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.9.2006, 1.1.2014
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berück- sichtigt. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Reha- bilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	1.9.2006, 1.1.2014
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2 Innere Medizin			
2.1 Allgemein			
...			
<i>Massnahme "Insulin- therapie mit einer Infusionspumpe" wird aufgehoben</i>			
...			
Hämatopoïetische Stammzell-Transplan- tation		In den von der Gruppe "Swiss Blood Stem Cell Transplantation (SBST)" anerkannten Zentren. Durchführung gemäss den von "The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)" und der "Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (FACT)" herausgegebenen Normen: "FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration", 5. Ausgabe vom März 2012⁴. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die folgenden Leistungen: a) die Kosten einer angemessenen Versicherung des Spenders gegen mögliche schwerwiegende Folgen der Entnahme; b) eine angemessene Entschädigung für den Erwerbsausfall, welcher der spendenden Person im Zusammenhang mit der Entnahme entsteht; sowie c) alle ausgewiesenen Kosten, die dem Spender im Zusammenhang mit der Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen entstehen, namentlich: - Reisekosten; - die Kosten der Abklärungen betreffend die Eignung als Spender; - die Kosten der lebenslangen Nachverfolgung des Gesundheitszustands des Spenders; und - die Kosten für den notwendigen Beizug entgeltlicher Hilfen, namentlich	1.1.2014

⁴ Die Dokumente sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Haushaltshilfen oder Hilfen für die Betreuung von Personen. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.			
- autolog	Ja	- bei Lymphomen - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei akuter myeloischer Leukämie - beim multiplen Myelom - beim Neuroblastom	1.4.2000 1.9.2006 1.9.2006, 1.1.2014
	Ja	- beim Medulloblastom - beim Keimzelltumor - bei der systemischen Sklerose. Im Rahmen von klinischen Studien: - beim Ewing-Sarkom - bei Weichteilsarkomen - beim Wilms-Tumor	1.10.2018 1.9.2006, 1.1.2018- 31.12.2022
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: - bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes mellitus. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.9.2006, 1.1.2018- 31.12.2022
	Nein	- im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie - im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie - beim Mammakarzinom - beim kleinzelligen Bronchuskarzinom - bei kongenitalen Erkrankungen - beim Ovarialkarzinom - bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter - bei myelodysplastischen Syndromen - bei der chronisch myeloischen Leukämie - bei Morbus Crohn - bei Diabetes mellitus.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- allogenen	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 - beim multiplen Myelom - bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: - bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2018 - 31.12.2022
	Nein	- bei soliden Tumoren - beim Melanom - beim Mammakarzinom - beim Nierenzellkarzinom - bei rheumatoider Arthritis.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018
...			
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 Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Polygraphie		respiratorischen Polygraphien" vom 2. November 2016 ⁵ der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology" (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome.	1.4.2000
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: - eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; - persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	1.9.2006
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.1.2014
	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der "Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 2. November 2016 ⁶ der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology" (SSSSC) oder der "Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durch-	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2016, 1.1.2018

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...		führung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte" der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015⁷ erfüllen. Bei den Fachärzten (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Soll die Untersuchung von einem Facharzt durchgeführt werden, der nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 2. November 2016⁸ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 2. November 2016⁹ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zen-	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018

⁷ Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

⁸ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

⁹ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		tren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 2. November 2016 ¹⁰ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018
...			
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten mit aktinischer Keratose, gemäss Limitationen der Spezialitätenliste.	1.8.2014, 1.10.2018
...			
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei - Blutungen unbekannter Ursache - chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
...			
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018
...			
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>			
...			
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014
- Balkendurchtrennung			
- Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler		Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative "Herdchirurgie" nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	
- Vagusstimulation		Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
...			
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
		- Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten 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.	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Prothesen der zervikal- kalen Bandscheiben	Ja	Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. - Degeneration von maximal zwei Segmenten - keine primäre segmentale Kyphose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.7.2017
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule. Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden. - Degeneration von maximal zwei Segmenten	1.9.2006, 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		- keine primäre Facettengelenksarthrose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Posteriore pedikel- schraubenbasierte dynamische Stabili- sierung der Wirbel- säule	Ja	Indikationen: - Spinalstenose mit oder ohne degenerati- ve Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache der Kasse erforderlich, welche die Emp- fehlung des Vertrauensarztes berück- sichtigt. - Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facetten- arthrose. Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrsch- baren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie pro- grediente neurologische Ausfälle auftreten. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochi- rurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifi- ziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesell- schaft für Orthopädie oder der Schweizeri- schen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2018
...			
<i>2.5 Krebsbehandlung</i>			
...			
Multigenexpressions- test beim Mammakarzinom	Ja	Indikationen: Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften: - Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv.	1.1.2016 - 31.12.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		- Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). - Bis zu 3 loco-regionale Lymphknoten sind befallen. - Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie.	
		Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie. Bei Durchführung des labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG¹¹ oder ISO 1518 /17025¹² entsprechen.	

...

4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie

Ambulante multiprofessionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	1. Indikation: a) bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b) bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe	1.8.2014
--	----	--	----------

¹¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

¹² Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 ¹³ und No. 1/2011 vom 4. März 2011 ¹⁴ .	
		2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift "Pediatrica", Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007 ¹⁵ . Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
		3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.	
	Nein	Vereinfachte Programme für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.8.2014
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	1. Indikation: a) bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b) bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glome-	1.8.2014

¹³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
5 Dermatologie			
...			
Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den "Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwerheilenden Wunden" der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. Juli 2011¹⁹. Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2014
...			
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2014
...			

¹⁹ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
------------	-----------------------	-----------------	-----------

6 Ophthalmologie

...

Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich, wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte.	1.9.2006
---	----	--	----------

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie.	1.9.2006
--	----	--	----------

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

...

7 Oto-Rhino-Laryngologie

...

Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014
--	----	---	-----------------------

Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen.

In Zentren, welchen im Rahmen eines Vertrages gemäss Art. 16c Abs. 7 des Gesetzes ein Leistungsauftrag hierfür erteilt wurde. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.

...

8 Psychiatrie

...

*Einfügen nach der
Massnahme "Inter-
net-basierte kognitiv-
verhaltens-therapeu-
tische Behandlung der
Insomnie"*

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rtMS) zur Behandlung der Depression	Nein		1.10.2018

9 Radiologie

9.2 Andere bildgebende Verfahren

...

Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008²⁰ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen: 1. in der Kardiologie: - präoperativ vor einer Herztransplantation, - bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring; 2. in der Onkologie: - gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011²¹ zu FDG-PET; 3. in der Neurologie: - präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie, - zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Spezialärzte für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum Alter von 80 Jahren, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT;	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2017, 1.10.2018
--	----	--	--

²⁰ Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

²¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		4. Bei der Fragestellung "Raumforderung", gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 ²² zu FDG-PET.	1.1.2018 - 31.12.2018
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	1.1.2014
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	1.1.2014
		d) Mittels 18F-Fluorocholin: - Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms; - Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.1.2018 - 31.12.2018 1.10.2018 - 30.6.2020
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET) Bei folgenden Indikationen: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.	1.1.2017
		f) Mittels Gallium-68-PSMA-11 Nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms.	1.7.2017 - 31.12.2018
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore.	1.7.2017
		h) Mittels H ₂ ¹⁵ O, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.10.2018

²² Die Richtlinien sind einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels 18F-Florbetapir c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), Gallium-68-PSMA-11, DOTA-Peptiden oder $H_2^{15}O$	1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2016, 1.1.2017, 1.7.2017, 1.10.2018

...

9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie

...

Einfügen vor der Massnahme "Proto- nen-Strahlentherapie"

Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Ja	Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: - Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen - laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung - keine Änderung des Aktivitätszustandes der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft - Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.10.2018 - 30.6.2020
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen. b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: - Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und a-	1.9.2006, 1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		denocystische Karzinome, Lympho- epitheliome, Mucoepidermoidkarzino- me, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome)	
		- Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome)	
		- Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körper- stamms und der Extremitäten (Weich- teil- und Knochensarkome)	
		- Tumore bei Kindern und Jugendlichen.	
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes be- rücksichtigt.	
	Nein	- Postoperative Radiotherapie von Mamma- karzinomen	1.1.2016, 1.10.2018
		- Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B	
		- Alle übrigen Indikationen	

...

11 Rehabilitation

Stationäre Rehabilita- tion	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berück- sichtigt.	1.9.2006
Rehabilitation für Patienten mit Herz- Kreislaufkrankun- gen oder Diabetes	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes be- rücksichtigt. Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen: - erhöhtes kardiiales Risiko - verminderte Leistung des Myokards - Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). Die Dauer eines ambulanten Rehabilitati- onsprogramms beträgt je nach Intensität	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011²³. Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009²⁴. Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010²⁵.	
	Ja	Indikationen: - 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 - Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion - Patienten mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).	

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	
	Nein	Patienten mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), im Stadium I nach Fontaine.	1.1.2014
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten mit schweren chronischen Lungenkrankheiten. Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003 ²⁶ entsprechen. Der Leiter des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein. Kostenübernahme maximal einmal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.1.2014

12.2 Allgemeinerkrankungen

2) Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Abs. 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Anhang 1a Bst. c Ziff. 5

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

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

c) Mittel und Gegenstände:

5. Produkte der Gruppe 34. und 35. Verbandmaterial;

Anhang 1b

Es wird folgender Anhang 1b eingefügt:

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

1. Krampfaderoperationen der unteren Extremität

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

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018²⁷

Ligatur und Stripping von Varizen (38.5):

38.50	Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation nicht näher bezeichnet
-------	--

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

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

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

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

38.59.21*	Crossektomie und Stripping, V. saphena magna
-----------	--

²⁷ Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), Version 2018, ist abrufbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung

38.59.22*	Crossektomie und Stripping, V. saphena parva
38.59.30*	(Isolierte) Crossektomie, nicht näher bezeichnet
38.59.31*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna
38.59.32*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva
38.59.40	Lokale Lasertherapie von Varizen
38.59.50	Endoluminale Therapie von Varizen
38.59.51	Endovenöse Lasertherapie von Varizen (EVLT)
38.59.52	Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen
38.59.59	Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige
38.59.99	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige
<i>Sonstige Exzision von Gefässen (38.6):</i>	
38.69	Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität

2. Eingriffe an Hämorrhoiden

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018

Eingriffe an Hämorrhoiden (49.4):

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

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

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

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

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

3. Einseitige Hernienoperationen

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

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

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018

Operation einer Inguinalhernie (53.0):

53.00	Operation einer Inguinalhernie, nicht näher bezeichnet
-------	--

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

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

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

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

4. Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter

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

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018

Operationen an der Cervix uteri (67)

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

Diagnostische Massnahmen an der Zervix (67.1):

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

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

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

Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat (68.1):

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

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

- | | |
|----------|--|
| 68.12.00 | Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, nicht näher bezeichnet |
| 68.12.10 | Hysteroskopie, nicht näher bezeichnet |
| 68.12.11 | Diagnostische Hysteroskopie |
| 68.12.12 | Diagnostische Hysterosalpingoskopie |
| 68.12.19 | Hysteroskopie, sonstige |
| 68.12.99 | Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige |
| 68.15 | Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten |
| 68.16 | Geschlossene Biopsie am Uterus |

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

69.02° Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort

69.09 Sonstige Dilatation und Curettage

Aspirationscurettage am Uterus (69.5):

69.52° Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort

69.59 Aspirationscurettage am Uterus, sonstige

5. Kniearthroskopen, einschliesslich Eingriffe am Meniskus

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018

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

80.26.00 Arthroskopie des Knies, nicht näher bezeichnet

80.26.10 Diagnostische Arthroskopie des Knies

80.26.99 Arthroskopie des Knies, sonstige

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

80.6X.00 Meniskektomie am Knie, nicht näher bezeichnet

80.6X.10 Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, partiell

80.6X.11 Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, total

80.6X.99 Meniskektomie am Knie, sonstige

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

80.86.11 Débridement am Kniegelenk

80.86.13 Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk

6. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Code gemäss CHOP, Bezeichnung
Version 2018

Tonsillektomie ohne Adenoidektomie (28.2):

28.2X.10 Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillo-
tomie] ohne Adenoidektomie

28.6 Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung

Einleitende Bemerkung

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

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat ²⁸ (ICD-10-Code, Version 2016 ²⁹ , Alter)
Alter			
1	Kinder	≤3 Jahre	Alter
Schwere oder instabile somatische Co-Morbidität			
2	Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem	Q20*-Q34*
3	Herz-Kreislauf	Links-Herzinsuffizienz; NYHA >II	I50.13; I50.14
4		Schwer einstellbare arterielle Hypertonie	

²⁸ Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Statistik der Krankenhäuser

²⁹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2016 (ICD-10-GM, Version 2016) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > ICD-10-GM

5	Broncho-pulmonal, nur im Falle einer Allgemeinanästhesie	COPD GOLD >II	J44*, mit fünfter Stelle -0 oder -1
6		Asthma instabil oder exazerbiert	
7		Obstruktives Schlafapnoe- Syndrom OSAS mit AHI ≥15 und zuhause kein CPAP möglich	
8	Gerinnungsstörun- gen	Entgleiste Gerinnungsstö- rungen	D65*-69*
9		Therapeutische Antikoagu- lation	Z92.1 D68.33; D68.34; D68.35
10	Blutverdünnung	Duale TC-Aggregations- hemmung	
11	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3	N18.4; N18.5; N17*
12	Metabolisch	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil	
13		Adipositas (BMI ≥40) (bei Kindern: >97. Perzenti- le)	E66*, mit fünfter Stelle -2 (Alter ≥18 Jahre) oder -9 (Alter <18 Jahre)
14		Mangelernährung/Kachexie (BMI <17.5, bei Kindern <3. Perzentile)	E40*-E46*, mit Ausnahme von E44.1; R64; R63.6
15		Schwere Stoffwechselstö- rungen	E70*-E72*; E74*- E77*; E80*; E84*; E85*
16	Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen), mit Komplikationen	F10*-19*, mit vier- ter Stelle -0, -3, -4, - 5, -6
17		Schwere instabile psychi- sche Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge ver- unmöglichen	

Weitere Faktoren		
18	Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung	Z74.3
19	Relevante Verständigungsprobleme mit dem Patienten	
20	Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 Std. postoperativ	
21	Keine Transportmöglichkeit nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital, inkl. Taxi	
22	Anfahrtszeit >60 Min. in ein Spital mit 24 Std. Notfall und entsprechender Disziplin	

Anhang 2 Ziff. 2.2.2, Ziff. 2.3 Bst. b^{ter} sowie Ziff. 2.4 Abs. 1 Bst. b^{ter} und e

2.2.2 Für Untersuchungen im Rahmen des präventivmedizinischen Untersuchungsprogrammes bei Kindern nach Ziff. 2.2.1 Bst. a bis h kommen folgende Tarifpositionen der gesamtschweizerischen Tarifstruktur für ärztliche Leistungen zur Anwendung:

Bezeichnung nach Ziff. 2.2.1	Tarifposition	Bezeichnung
Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	03.0240	Erstuntersuchung des Neugeborenen im Säuglingszimmer durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Neugeborenen-Basisuntersuchung (U2)	03.0240	Erstuntersuchung des Neugeborenen im Säuglingszimmer durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Bezeichnung nach Ziff. 2.2.1	Tarifposition	Bezeichnung
Vorsorge-Unter- suchung (U3)	03.0020	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, im 1. Mo- nat
Vorsorge-Unter- suchung (U4)	03.0050	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, im 6. Mo- nat
Vorsorge-Unter- suchung (U5)	03.0060	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, vom 9.-12. Monat
Vorsorge-Unter- suchung (U6)	03.0080	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, im 24. Mo- nat
Vorsorge-Unter- suchung (U7)	03.0090	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, im 5. Jahr
Vorsorge-Unter- suchung (U8)	03.0110	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, im 10. Jahr
Vorsorge-Unter- suchung (U9)	03.0120	Vorsorgeuntersuchung gemäss Empfehlungen SGP93, ab 14 bis 16 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
b ^{ter}) Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	Nur zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13. Ab der 12. Schwangerschaftswo- che. Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt. Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbil- dungen im Ultraschall gemäss

Massnahme

Voraussetzung

Expertenbrief Nr. 52 vom 1. Januar 2018³⁰ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.

Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das zu dokumentieren ist, sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere oder ihren gesetzlichen Vertreter.

Anordnung nur durch Fachärzte in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternale Medizin, Fachärzte für Medizinische Genetik und Ärzte mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.

Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL).

Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.

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

2.4 Spezielle Präventivuntersuchungen

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

Massnahme	Voraussetzung
b ^{ter}) Digitale Mammografie, Mamma-MRI	1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung gemäss BAG-Referenzdokument "Risikoabschätzung" (Stand 02/2015)³¹. Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie "stark erhöhtes Risiko" ist eine genetische Beratung nach Bst. f. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument "Überwachungsprotokoll" (Stand 02/2015)³². Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss. 2. Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein Brustzentrum, das die Anfor-

³¹ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

³² Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahme

Voraussetzung

derungen nach den "Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren" der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015³³, nach den Empfehlungen "The requirements of a specialist Breast Centre" der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), veröffentlicht am 19. August 2013³⁴, oder nach den Kriterien im "Erhebungsbogen Brustkrebszentren" der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016³⁵ erfüllt.

Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten.

Soll die Untersuchung in einem anderen Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

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

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

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

Massnahme	Voraussetzung
e) Screening Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose, Glutarazidurie Typ 1, Ahornsirupkrankheit.	Bei Neugeborenen Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL)

Anhang 3
Aufgehoben

II.

Inkrafttreten

1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich Abs. 2 am 1. Oktober 2018 in Kraft.

2) Art. 47a, Anhang 1b sowie Anhang 2 Ziff. 2.2.2 treten am 1. Januar 2019 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Adrian Hasler*
Fürstlicher Regierungschef