

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2023

Nr. 125

ausgegeben am 30. März 2023

Verordnung

vom 21. März 2023

betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 13 Abs. 3, Art. 14 Abs. 9 und Art. 30 Abs. 1 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. 40 Sachüberschrift und Abs. 1

Wöchnerinnen

1) Erwerbstätige Versicherte haben Anspruch auf Krankengeldleistungen gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes, wenn:

- a) sie ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als 20 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, sofern nicht eine dieser Frist vorausgehende mindestens hälftige Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist; und
- b) das Kind lebensfähig geboren wird oder die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat.

Art. 43 Abs. 1

1) Bei einem Auslandsaufenthalt besteht Anspruch auf Krankengeld bei:

- a) stationärer Behandlung des Versicherten in einer Heilanstalt oder in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt; oder
- b) ambulanter Behandlung, wenn der Versicherte vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse eingeholt hat.

Art. 47a

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

1) Wird ein elektiver Eingriff nach Abs. 3 Bst. a und 4 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 zugunsten einer stationären Durchführung nach Abs. 3 Bst. b und 4 erfüllt ist.

3) Auf die Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen finden die nachfolgend bezeichneten für die schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassenen Einschränkungen der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen, einschliesslich der Erläuterungen dazu, Anwendung:¹

- a) Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe;
- b) Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung.

4) Die Regierung kann auf Empfehlung der Leistungskommission von den in der Schweiz geltenden Einschränkungen abweichende Bestimmungen erlassen. Diese sind in Anhang 1b festgehalten.

¹ Die Einschränkungen sind einsehbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Ärztliche Leistungen > Anhang 1a der KLV

5) Bei anderen Umständen als denjenigen nach den Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung nach Abs. 3 Bst. b und 4 ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen. Diese berücksichtigt dabei die Empfehlung des Vertrauensarztes.

Art. 64

Krankentransporte

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Krankentransporte durch zugelassene Krankentransportunternehmen in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel, wenn:

- a) solche Transporte medizinisch notwendig sind; und
- b) der Gesundheitszustand des Patienten den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt.

2) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter den Voraussetzungen von Abs. 1 die Kosten für:

- a) inländische Transporte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, mit welchen Tarifvereinbarungen nach Art. 16c Abs. 7 des Gesetzes bestehen, und inländische Rücktransporte aus derartigen Einrichtungen;
- b) ärztlich angeordnete inländische Transporte in die Praxis eines liechtensteinischen Arztes und inländische Rücktransporte aus derartigen Praxen;
- c) inländische Transporte von einer Einrichtung des Gesundheitswesens nach Bst. a in eine andere derartige Einrichtung und inländische Rücktransporte aus derartigen Einrichtungen;
- d) inländische Transporte in andere als die in Bst. a genannten Einrichtungen und inländische Rücktransporte aus derartigen Einrichtungen, sofern die Behandlung des Versicherten in der betreffenden Einrichtung nach Massgabe von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kasse kann sich die Notwendigkeit der Behandlung in der betreffenden Einrichtung ärztlich bestätigen lassen;
- e) inländische Transporte in andere als die in Bst. b genannten Praxen und inländische Rücktransporte aus derartigen Praxen, sofern:
 - 1. die Kosten für Leistungen nach Massgabe von Art. 18 Abs. 2a des Gesetzes übernommen werden; oder

2. die Behandlung des Versicherten in der betreffenden Praxis nach Massgabe von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kasse kann sich die Notwendigkeit der Behandlung in der betreffenden Praxis ärztlich bestätigen lassen.

3) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter den Voraussetzungen von Abs. 1 die Kosten bis höchstens 500 Franken pro Fall für:

- a) Transporte vom Ausland in die in Abs. 2 Bst. a und d genannten Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die in Abs. 2 Bst. b genannten Arztpraxen;
- b) Transporte im Ausland in die nächstliegend geeignete Einrichtung des Gesundheitswesens.

4) Als Inland im Sinne von Abs. 2 gelten neben dem Fürstentum Liechtenstein auch die Kantone St. Gallen und Graubünden sowie das Bundesland Vorarlberg.

5) Die Kosten für medizinisch notwendige Verlegungstransporte bei stationären Behandlungen, die nach dem Vergütungsmodell vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) oder vergleichbaren pauschalen Vergütungsmodellen vergütet werden, werden nicht nach Abs. 1 bis 3 übernommen.

Art. 70

Krankentransportunternehmungen

Transportunternehmen werden als Krankentransportunternehmungen zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie:

- a) über eine Bewilligung für die Durchführung von Personentransporten verfügen;
- b) mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16c Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben; und
- c) mit dem Kassenverband Massnahmen zur Qualitätssicherung im Sinne von Art. 19a Abs. 1 des Gesetzes vereinbart haben.

Anhang 1

Der bisherige Anhang 1 wird durch nachfolgenden Anhang 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. 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

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Chirurgie allgemein und diverse
 - 1.2 Transplantationschirurgie
 - 1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates
 - 1.4 Chirurgie der Wirbelsäule
 - 1.5 Urologie
 - 1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
- 2 Innere Medizin
 - 2.1 Innere Medizin allgemein und diverse
 - 2.2 Kardiologie
 - 2.3 Neurologie
 - 2.4 Rheumatologie
 - 2.5 Onkologie und Hämatologie
- 3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin
- 4 Pädiatrie
- 5 Dermatologie
- 6 Ophthalmologie
- 7 Oto-Rhino-Laryngologie
- 8 Psychiatrie und Psychotherapie
- 9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin
 - 9.1 Diagnostische Radiologie
 - 9.2 Interventionelle Radiologie
 - 9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie
 - 9.4 Nuklearmedizin
- 10 Komplementärmedizin
- 11 Rehabilitation
- 12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie
- 13 Zahnmedizin

1 Chirurgie

1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lymphovenöse Anastomose und Vaskularisierte Lymphknotentransplantation zur Behandlung von Lymphödem	Ja	<p>Wenn die mit dem Lymphödem verbundenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen ungenügend auf dokumentierte, leitlinienkonforme konservative komplexe physikalische Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Bewegungsübungen, Kompression, Hautpflege) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.4.2023- 31.12.2026
Liposuktion zur Behandlung von Schmerzen bei Lipödem	Ja	<p>Wenn die mit dem Lipödem verbundenen Schmerzen ungenügend auf intensive und dokumentierte konservative Therapie (konsequente Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainage-therapie) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung interdisziplinär durch mindestens zwei der folgenden Fachärzte für Angiologie, Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Endokrinologie/Diabetologie oder Dermatologie.</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt mit profundem Wissen mit der Technik der Liposuktion.</p>	1.4.2023- 31.12.2025

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Adipositasbehandlung	Ja	<p>Der Patient hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35.</p> <p>Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos.</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der "Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders" (SMOB) vom 1. Januar 2021² zur operativen Behandlung von Übergewicht.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Richtlinien der SMOB vom 1. Januar 2021 zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien vom 1. Januar 2021 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018, 1.4.2023
Metabolische Chirurgie	Ja	<p>Der Patient hat einen schlecht einstellbaren Diabetes Typ II und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 - 35. Der Diabetes Typ 2 lässt sich durch konservative Massnahmen alleine über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht suffizient einstellen.</p>	1.4.2023- 31.12.2025

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der "Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)" vom 1. Januar 2021³ zur operativen Behandlung von Übergewicht.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die Richtlinien der SMOB vom 1. Januar 2021 zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien vom 1. Januar 2021 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		1.4.2000
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	<p>Mit Radiofrequenz oder Laser</p> <p>Durch Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose vom 1. Januar 2016, revidiert am 29. September 2016⁴, entspricht</p>	1.9.2006, 1.1.2017, 1.4.2023
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.1.2014

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

⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

1.2 Transplantationschirurgie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen sind die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Art. 47a Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes und nach Art. 90b der Gesundheitsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.3.2016
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 im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Herz-Lungen-Transplantation	Nein		1.4.2000
Isolierte Lebertransplantation	Ja		1.4.2000, 1.8.2020
Lebend-Lebertransplantation	Ja	Eingeschlossen sind die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Art. 47a Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes und nach Art. 90b der Gesundheitsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.3.2016, 1.8.2020
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja		1.4.2000, 1.1.2014, 1.8.2020
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja		1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Pankreas-Transplantation	Ja		1.1.2000, 1.1.2014, 1.8.2020
Kombinierte simultane Insel- und Nierentransplantation	Ja		1.1.2014, 1.8.2020

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Insel- nach Nierentransplantation	Ja		1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Allotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Autotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Dünndarmtransplantation	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Leber-Dünndarm- und multi-viszerale Transplantation	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020

1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm ² Ausdehnung. Zur Behandlung von Knorpel-Knochenläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.7.2017, 1.4.2023
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der schweizerischen Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt 2019-147.829.01-1) ⁵ . Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk.	1.9.2006, 1.7.2017- 31.12.2020, 1.4.2023- 31.12.2024

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.9.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.1.2014
Laser-Meniscectomie	Nein		1.9.2006

1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Zement-Augmentation (Vertebroplastie, Kyphoplastie) zur Therapie von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen	Ja	Bei osteoporotischer Wirbelkörperfraktur, wenn eine konservative Schmerztherapie keine für eine Mobilisierung ausreichende Schmerzlinderung ergibt oder zu erwarten ist, gemäss der Leitlinie "Chirurgische Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen" der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 8. September 2021. ⁶ Interdisziplinäre Indikationsstellung durch ein "Spine Board", bestehend aus einem Facharzt für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021) ⁷ und mindestens einem Facharzt für Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie oder Endokrinologie	1.9.2006, 1.1.2014, 1.4.2023

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	<p>logie. Die Besprechung und Indikationsstellung muss dokumentiert sein.</p> <p>Durchführung an einem Zentrum, an welchem mindestens ein Facharzt für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)⁸ tätig ist.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	1.9.2006
Prothesen der Bandscheiben	zervikalen Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule.</p> <p>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 pro-</p>	1.9.2006, 1.7.2017, 1.4.2023

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>gradiente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Degeneration von maximal zwei Segmenten - keine primäre segmentale Kyphose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁹).</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Degeneration von maximal zwei Segmenten - keine primäre Facettengelenksarthrose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. 	1.9.2006, 1.7.2017, 1.4.2023

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Interspinöse dynamische Sta- bilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021¹⁰). Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhy-perpressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021¹¹).</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.1.2018, 1.4.2023

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Posteriore pedikel-schrauben-basierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache der Kasse erforderlich, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. - Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose. <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021¹²).</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.1.2018, 1.4.2023
Laser-Diskushernienoperation; Laserdiskusdekompression	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.9.2006

1.5 Urologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		1.4.2000, 1.1.2014
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a) bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b) bei Harnsteinen des Nierenkelches, c) bei Harnsteinen des Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und der Narkosegehilfen sowie adäquate Überwachungsgeräte).	1.4.2000
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen:			
- Penisprothese	Nein		1.4.2000
- Revaskularisationschirurgie	Nein		1.4.2000
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis:			
- mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.4.2000
- mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transurethrale ultraschallge- steuerte laserinduzierte Prosta- taektomie	Nein		1.4.2000
Hochenergie Transurethrale Mikrowellentherapie (HE- TUMT)	Nein		1.9.2006
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harnin- kontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	<p>Als Zweitlinien- oder Drittli- nien-Therapie nach Ausschöp- fen konservativer Massnahmen und Einbezug nicht- resp. mini- mal-invasiver Therapie-Optio- nen (tibiale/pudendale Nerven- stimulation, Onabotulinumto- xinA-Injektionen in den Detru- sor).</p> <p>Indikationsstellung, Durchfüh- rung, Nachkontrollen und Qua- litätssicherung gemäss den Richt- linien Sakrale Neuromodulation der "Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)" vom 30. September 2021¹³.</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromod- ulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärzten für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 19. Ok- tober 2017¹⁴) erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021¹⁵ erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zent- rum durchgeführt werden, das</p>	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023

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
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	<p>von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der "Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)" vom 30. September 2021¹⁶.</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärzten für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020¹⁷) oder Fachärzten für Chirurgie mit Diplom "EBSQ Coloproctology" erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021¹⁸ erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung</p>	<p>1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023</p>

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Perkutane Elektroneuromodulation des Tibialnervs mit Nadelelektroden	Ja	des Vertrauensarztes berücksichtigt. Zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase oder der Stuhlinkontinenz Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen Indikationsstellung und Durchführung ausschliesslich durch Fachärzte für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017) ¹⁹ (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020) (bei Stuhlinkontinenz)	1.2.2020, 1.4.2023
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.1.2018
Behandlung von Blasen Speicherstörung durch zystoskopische Injektion von Botulinumtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen. Bei folgenden Indikationen: - Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte für Urologie durchgeführt wird - idiopathische hyperaktive Blase bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbil-	1.1.2014, 1.1.2016, 1.1.2017, 1.4.2023

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		dungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017) ²⁰ durchgeführt wird	
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.1.2014
Hoch intensiver fokussierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein		1.1.2014
Transurethrale photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prosta-taobstruktionssyndrom.	1.1.2014

1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.	1.4.2000, 1.1.2016
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruktion der Mamma	Ja	Als ergänzende Massnahme zur Massnahme "Operative Mammarekonstruktion". Durch Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation.	1.3.2019 - 30.6.2023
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin.	1.1.2016, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und post-traumatischer Defekte	Ja	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, 1.3.2019
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: - Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; - tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche. Bei Kindern: - Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; - tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche.	1.9.2006
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

2 Innere Medizin

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei - chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden - akuter Osteomyelitis am Kiefer - chronischer Osteomyelitis	1.4.2000, 1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - diabetischem Fussyndrom im Stadium $\geq 2B$ nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation - Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung in den Zentren gemäss dem "Merkblatt für Rettungsdienste" von Divers Alert Network (DAN) und REGA²¹; ausserhalb dieser Zentren: Wenn der Transport zur nächsten hyperbaren Druckkammer gemäss Merkblatt nicht schnell und schonend genug gewährleistet werden kann. 	
Impfung gegen Tollwut	Nein	- akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2017
	Ja	Bei Behandlung von Patienten, die bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissen wurden.	1.4.2000
Behandlung der Adipositas	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - bei Übergewicht (Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30 kg/m²) - bei Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m²) und Folgeerkrankung, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann 	1.4.2000, 1.4.2023
- durch Amphetaminderivate	Nein		1.4.2000
- durch Schilddrüsenhormon	Nein		1.4.2000
- durch Diuretika	Nein		1.4.2000
- durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		1.4.2000
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		1.4.2000
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.4.2000

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

Massnahmen		Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ernäh-	Ja	Indikationsstellung gemäss den "Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause" vom Januar 2013 ²² .	1.9.2006, 1.1.2014
Parenterale Ernährung zu Hause	zu	Ja		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, 1.1.2014
		Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	
		Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	
Gallensteinertrümmerung		Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.2000
Polysomnographie	Polygra-	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 Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 ²³ der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology" (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut- sprache 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
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen Ausbildung in und praktische	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2016, 1.1.2018, 1.1.2021

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Erfahrung mit respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019²⁴ der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology" (SSSSC) oder der "Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte" der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015²⁵ erfüllen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019²⁶ der SSSSC erfüllen.</p>	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 ²⁷ 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, 1.1.2021
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 ²⁸ der SSSSC erfüllen.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		1.4.2000, 1.1.2014
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.9.2006
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
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom oder erythrodermatische Mycosis Fungoides Stadium IIIA, IIIB, IV).	1.1.2014, 1.1.2021
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.	1.1.2017, 1.4.2023- 31.12.2024
Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: - endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien - endovaskuläre Embolisations-therapie der penisabführenden Venen	Ja	Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Nichtansprechen auf vasoaktive Substanzen oder wenn diese kontraindiziert sind. - nach vorgängigem Ausschluss urologischer und hormoneller Ursachen - bei hämodynamisch (Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) und bildgebend (Computertomographie oder Katheterangiographie) nachgewiesener und dokumentierter vaskulärer Ursache der erektilen Dysfunktion - Abklärung und Durchführung durch Fachärzte für Angiologie mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm "Interventionelle Angiologie (SGA)" vom 1. Januar 2022 ²⁹ oder durch Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken oder Fachärzte für Gefässchirurgie mit Erfahrung mit endovaskulären Techniken. - vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze Teilnahme am Evaluationsregister "SwissPOWER" Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache	1.4.2023- 31.12.2025

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ultraschall-Elastographie der Leber	Ja	der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitiden, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2014

2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten	Nein		1.4.2000
Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten	Ja		1.1.2014, 1.1.2016
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.4.2000
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.4.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: - Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurfraction $\leq 35\%$ 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 erforder-	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		derlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	
Ambulantes Therapieprogramm der Sekundärprophylaxe nach koronaren Ereignissen	Nein		1.1.2005, 1.1.2014
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.9.2006
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.9.2006
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: - In-Stent-Restenosen - Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.1.2014
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %-15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am "Mitra Swiss Registry"	1.1.2014
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von ≥ 8 %) aufweisen	Ja	Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den europäischen Richtlinien "2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease" vom 26. August 2017 ³⁰ . 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam	1.1.2021

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkatheter Aortenklappen- implantation (TAVI) bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die ein mittlere Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von 4 bis 8 %) aufweisen	Ja	<p>(Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten angehören: zwei Fachärzte für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt für Herzchirurgie und für Anästhesie.</p> <p>4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.</p> <p>Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den europäischen Richtlinien "2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease" vom 26. August 2017³¹. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten angehören: zwei Fachärzte für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Fach- 	1.1.2021 - 30.6.2023

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		arzt für Herzchirurgie und für Anästhesie.	
		4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Nein		1.1.2021
bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die ein niedriges Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von < 4 %) aufweisen			
Elektrostimulation der Barorezeptoren mittels implantiertem Neurostimulator	Nein		1.8.2020
Phonokardiographie / akustischer Schnelltest	Nein		1.4.2023

2.3 Neurologie

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 (Phantom-schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwach-sungen 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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystemes	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung. Behandlung schwerer Dystonien mit ungenügender Symptomkontrolle durch medikamentöse Therapie. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die notwendige Infrastruktur verfügen (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie).	1.4.2000, 1.1.2009, 1.1.2014
Elektrische Neuromodulation der Beckennerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparaskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.1.2014
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.9.2006

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
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung.	1.1.2021
	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien).	1.1.2021, 1.4.2023
	Ja	Zur Behandlung bei schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen.	1.4.2023- 31.12.2025
Periphere Nervenstimulation der Okzipitalnerven	Ja	Bei therapierefraktärer chronischer Migräne gemäss den Diagnosekriterien der International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1). ³²	1.1.2015

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Durch Ärzte mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroencephalographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 ³³ , oder gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroneuromyographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 ³⁴	1.4.2000, 1.4.2023
Resektive kurative "Herdchirurgie" der Epilepsie	Ja	Indikation: - Nachweis des Vorliegens einer "Herdepilepsie" - Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden - Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz - Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.4.2000, 1.1.2014
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: - Balkendurchtrennung - Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler - Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative "Herdchirurgie" nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	1.4.2000, 1.1.2014

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Magnet-Enzephalographie	Nein	Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.9.2006

2.4 Rheumatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intra-artikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intra-artikulärer 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
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.9.2006

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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.	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationsaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit - Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z.B. Inguinalbefall); - Fernmetastasen	1.9.2006
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.1.2014
Multigenexpressionstest beim Mammakarzinom	Ja	Indikation: Untersuchung von Tumorge- webe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgen- den Eigenschaften: - Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. - Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezep- torstatus ist negativ (HER2-). - Bis zu 3 loko-regionale Lymphknoten sind befallen. - Konventionelle Befunde al- lein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie. Testvoraussetzungen:	1.1.2016- 31.12.2023

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung durch einen Facharzt Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013 ³⁵). Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG ³⁶ oder ISO 1518 /17025 ³⁷ entsprechen.	
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.9.2006
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe "Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy" (SBST) anerkannten Zentren. Durchführung gemäss den von "The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)" und der "Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)" herausgegebenen Normen: "FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration", 8. Ausgabe vom Mai 2021 ³⁸ . Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die folgenden Leistungen:	1.1.2014, 1.2.2020, 1.4.2023
		a) die Kosten einer angemessenen Versicherung des Spenders gegen mögliche schwerwiegende Folgen der Entnahme; b) eine angemessene Entschädigung für den Erwerbsausfall,	

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

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 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	1.4.2000
		- bei akuter lymphatischer Leukämie	
		- bei akuter myeloischer Leukämie	
		- beim multiplen Myelom	1.9.2006
		- beim Neuroblastom	1.9.2006,
		- beim Medulloblastom	1.1.2014
		- beim Keimzelltumor	
		- bei der systemischen Sklerose.	1.10.2018
	Ja	- beim Ewing-Sarkom	1.9.2006,
		- bei Weichteilsarkomen	1.1.2018,
		- beim Wilms-Tumor.	1.4.2023- 31.12.2027
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:	1.9.2006, 1.1.2018,
		- bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Mor-	1.3.2019, 1.4.2023- 30.6.2023

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		bus 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.	
	Ja	- bei Multipler Sklerose Am Universitätsspital Zürich im Rahmen einer Registerstudie. Indikationsstellung durch interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantationsboard des Universitätsspitals Zürich.	1.3.2019- 30.6.2024
	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
- allogenen	Ja	- bei akuter myeloischer Leukämie - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei der chronischen myeloischen Leukämie - beim myelodysplastischen Syndrom - bei der aplastischen Anämie	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Autoimmunerkrankungen. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.</p>	1.1.2018, 1.4.2023- 30.6.2023
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> - bei soliden Tumoren - beim Melanom - beim Mammakarzinom - beim Nierenzellkarzinom - bei rheumatoider Arthritis. <p>Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lymphodepletierende Vortherapien, Infusion der CAR-T-Zellen sowie Behandlung von allfälligen CAR-T-spezifischen Nebenwirkungen. Durchführung in den von "The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)" für eine allogene und / oder autologe Stammzelltransplantation akkreditierten Zentren gemäss den von JACIE und der "Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)" herausgegebenen Nor-</p>	1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<p>- Tisagenlecleucel:</p> <p>Bei rezidiertem oder therapieresistentem oder therapieresistentem diffusgrosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoetischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien.</p> <p>Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - refraktär - nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiert, oder - nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiert ist. - Axicabtagen-Ciloleucel: <p>Bei rezidiertem oder therapieresistentem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoetischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-</p>	<p>Ja</p> <p>Ja</p>	<p>men: "FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration", 6. Ausgabe vom März 2015, 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018 oder 8. Ausgabe vom Mai 2021. Soll die Therapie in einem Zentrum erfolgen, das nicht gemäss den genannten Voraussetzungen anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.4.2023- 31.12.2024</p> <p>1.4.2023- 31.12.2024</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien. - Brexucabtagene Autoleucel: Bei Erwachsenen mit refraktärem oder rezidiviertem Mantelzell-Lymphom nach mindestens zwei Therapielinien, darunter ein Bruton Tyrosine Kinase Inhibitor.	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2023- 1.7.2027

3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei Personen, die fertilitätsbeeinträchtigende Therapien erhalten	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die: - wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen; oder - wegen einer nicht-onkologischen Erkrankung eine Stammzelltransplantation erhalten; oder - mit Cyclophosphamid behandelt werden und ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. Massnahmen bei der Frau: - Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von Eizellen; eine allfällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Kasse; oder	1.1.2021

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Resektio, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe. <p>Massnahmen beim Mann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kryokonservierung von Spermien; oder - wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion). <p>Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinaus gehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutssprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.</p>	
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.4.2000, 1.1.2014
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	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
- beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat die Kasse der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.4.2000
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Konsensusstatements der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) und der Arbeitsgruppe "Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe"; Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181-184. ³⁹	1.9.2006, 1.1.2014
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	- Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 16. Juni 2016 mit dem Titel "Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)" ⁴⁰ - Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.3.2019

³⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁴⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Schwangerschaftsabbruch	Ja	Bei Schwangerschaftsabbrüchen, die: a) medizinisch indiziert und nach liechtensteinischem Recht straflos sind (§ 96 Abs. 4 StGB); und b) nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs zulässig sind. Übernahme der Kosten für Gutachten zur Rechtfertigung des Eingriffs bis zur Höhe von maximal 250 Franken.	1.1.2002, 1.1.2014

4 Pädiatrie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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.	1.8.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006⁴¹ und No. 1/2011 vom 4. März 2011⁴².</p> <p>2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007⁴³. 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.</p> <p>3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.</p>	
	Nein	Vereinfachte Programme für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.8.2014

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante individuelle multi-professionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<p>1. Indikation:</p> <p>a) bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile);</p> <p>b) bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.</p> <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006⁴⁴ und No. 1/2011 vom 4. März 2011⁴⁵.</p>	1.8.2014

⁴⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁴⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>2. Therapie:</p> <p>a) Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen;</p> <p>b) Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität;</p> <p>c) Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung.</p> <p>3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007⁴⁶. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die</p>	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Empfehlung des Vertrauens- arztes berücksichtigt.	
Elektrostimulation der Harn- blase	Ja	Bei organischen Miktionsstö- rungen.	1.4.2000
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anord- nung eines Arztes einer SIDS- Abklärungsstelle.	1.4.2000
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen und Säug- lingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte.	1.9.2006, 1.1.2014
Stationäre wohnortferne Be- handlung bei schwerem Über- gewicht	Nein		1.9.2006
Behandlung von Autismus- Spektrum-Störungen mittels "Packing"-Methode	Nein		1.2.2020

5 Dermatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Photodynamische Behandlung von Hautkrankheiten mit Aminolaevulinsäure-Derivaten	Ja		1.8.2020
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (inter- ventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rech- nung gestellt werden.	1.4.2000
Laser bei:			
- Aknenarben	Nein		1.9.2006
- Keloid	Nein		1.9.2006
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.4.2000
Ambulante Balneo-Photothe- rapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsie- rende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung aku- ter und chronischer Wundhei- lungsstörungen der Haut	Nein		1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Anwendung von Hautersatz- verfahren	Ja	<p>Für die Behandlung chronischer Wunden.</p> <p>Mit Hautersatzverfahren autologer, allogener oder nicht-menschlicher Herkunft, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind.</p> <p>Indikationsstellung gemäss den "Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden" der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April 2021.⁴⁷</p> <p>Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind.</p> <p>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 Gutssprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.1.2014, 1.2.2020, 1.1.2021, 1.4.2023
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.1.2014

⁴⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

6 Ophthalmologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
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 der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	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	Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen.	1.1.2014
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.9.2006, 1.1.2014
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.9.2006
Dilatation von Tränenangstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	- Unter Durchleuchtungskontrolle - Mit oder ohne Stent-Einlage	1.9.2006, 1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Ausführung durch interventionelle Radiologen mit entsprechender Erfahrung. Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff - Indikationsstellung für Behandlungen der Retina Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.	1.9.2006, 1.1.2014
UV-Crosslinking der Hornhaut bei progressivem Keratokonus (CXL)	Ja	Indikationsstellung und Durchführung durch Fachärzte für Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019 ⁴⁸).	1.1.2014, 1.4.2023
Keratokonusbearbeitung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht. Durchführung an A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.1.2014
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2014

7 Oto-Rhino-Laryngologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung mit "Elektronischem Ohr" nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psycho-phonologie)	Nein		1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Laseranwendung bei:			
- Papillomatose der Atemwege	Ja		1.4.2000
- Zungenresektion	Ja		1.4.2000
Cochlea-Implantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den "Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung" der Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (CICH) vom 7. März 2018 ⁴⁹ . Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: - chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang - Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr - Intoleranz eines Luftleitungsgerätes - Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.4.2000, 1.1.2016
Implantation des Mittel-Ohr-implantatsystems Typ "Vibrant Soundbridge" zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose usw.).	1.9.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 und Psychotherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Psychotherapie nach Samuel Widmer (Bezeichnung: "Echte Psychotherapie")	Nein		1.4.2023
Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei der methadongestützten Behandlung: Einhaltung von Art. 33 ff. der Verordnung zum Betäubungsmittelgesetz und der Richtlinien zur Methadonbehandlung im Fürstentum Liechtenstein. 2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein. 3. Die Opioidagonistentherapie (OAT) umfasst die folgenden Leistungen: <ol style="list-style-type: none"> a) ärztliche Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> - Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen - Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner, 	1.4.2000, 1.1.2014, 1.8.2022, 1.4.2023

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>frühere Behandlungsstellen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellen der Diagnose und der Indikation - Erstellen eines Behandlungsplanes - Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an die Kasse - Einleiten und Durchführung der OAT - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker erfolgt - Qualitätssicherung - Evaluation des therapeutischen Prozesses - Rückfragen bei der Abgabestelle - Überprüfung der Diagnose und der Indikation - Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden - Berichterstattung an Behörden und Kassen - Qualitätskontrolle. 	
		<p>b) Leistungen des Apothekers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates - Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde 	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		- Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt - Beratung	
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
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärzt- licher Aufsicht.	1.4.2000
Therapiekontrolle durch Video	Nein		1.4.2000
Internet-basierte kognitiv-ver- haltenstherapeutische Behand- lung der Insomnie	Ja	1. Ärztliche Psychotherapie ge- mäss Art. 48 auf Grundlage der kognitiven Verhaltens- therapie mit insbesondere den Bausteinen: Bettzeitrest- riktion, Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken, kognitive Umstrukturierung, Rückfallprophylaxe. Die Therapie ist manualba- siert und beinhaltet regelmä- ssigen Kontakt zwischen Lei- stungserbringer und Versi- cherten, sowie Einstiegs-, Ver- laufs- und Erfolgsdiagnostik. 2. Nach vorgängiger Konsulta- tion. 3. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 16 Wochen Therapie. Das Verfahren zur Kostenüber- nahme bei Fortsetzung der The- rapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Art. 48 Abs. 4 bis 6.	1.7.2017
Repetitive Transkranielle Mag- netstimulation (rTMS) zur Be- handlung der Depression	Nein		1.10.2018

9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin

9.1 Diagnostische Radiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		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 - Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie) - primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) - Osteogenesis imperfecta - HIV - bei Therapie mit Aromatasehemmer (nach der Menopause) oder mit der Kombination GnRH-Analogen+Aromatasehemmer (vor der Menopause) 	<ul style="list-style-type: none"> 1.4.2000 1.4.2000 1.4.2000, 1.1.2016 1.4.2000 1.4.2000 1.4.2014 1.2.2020, 1.8.2020
- mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.4.2000
- mit peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.9.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.9.2006
Knochenanalytische Methoden:			1.9.2006, 1.1.2014
- Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- Knochenformationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2014
Digitale Volumentomographie	Ja	Nur alternativ zur Computertomographie	1.5.2007

9.2 Interventionelle Radiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien bei symptomatischer benigner Prostatahyperplasie	Ja	Bei Patienten mit moderaten bis ausgeprägten obstruktiven Beschwerden (IPSS >8, QoL > 3) bei Prostatahyperplasie > 30-50 ml und mindestens einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> - nach erfolglosem medikamentösem Behandlungsversuch oder Medikamentenunverträglichkeit oder - chronischem Harnverhalt ohne Limite des Prostatavolumens oder - Bedenken hinsichtlich einer retrograden Ejakulation, erektilen Dysfunktion oder Harninkontinenz oder - falls eine Operation wegen Alter, multiplen Komorbiditäten oder Koagulopathien kontraindiziert ist oder - falls eine Operation vom Patienten abgelehnt wird Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt	1.4.2023- 31.12.2024
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.8.2014

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.4.2000
Low-dose-rate-Brachytherapie	Ja	Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und <ul style="list-style-type: none"> - einer Lebenserwartung > 5 Jahre - einem Prostatavolumen < 60 ccm - keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen. Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern.	1.9.2006, 1.1.2014
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Nein		1.10.2018, 1.1.2021
Protonen-Strahlentherapie		Durchführung am Paul-Scherer-Institut Villigen Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.4.2023
	Ja	a) Bei intraokulären Melanomen.	
	Ja	b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Pho-	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		tonenbestrahlung möglich ist.	
		Bei folgenden Indikationen:	
		- Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome)	
		- Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome)	
		- Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome)	
		- Tumore bei Kindern und Jugendlichen.	
	Ja	c) Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, im Rahmen der randomisiert kontrollierten Studie RTOG 1308.	1.8.2020- 31.12.2025
	Ja	d) Bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (\geq T2 oder N+, M0), im Rahmen der randomisiert kontrollierten PROTECT-Studie. Für die Indikation Ösophaguskarzinom ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.4.2023- 31.12.2026
	Nein	- Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen	1.1.2016, 1.10.2018,
		- Alle übrigen Indikationen	1.8.2020
Radiochirurgie Gamma-Knife	(LINAC, Ja	Bei folgenden Indikationen:	1.4.2000
		- Akustikusneurinome	1.4.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen - nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome - arterio-venöse Missbildungen - Meningeome 	
	Ja	Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewegungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	1.4.2000, 1.1.2014
Radiochirurgie mit LINAC oder Gamma-Knife	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3.5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen; - bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3.5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist. Für die Radiochirurgie mit dem Gamma-Knife ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.9.2006, 1.1.2021
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.1.2014
Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata.	1.1.2014

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2016
Regionäre Oberflächenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Inoperable Brust/Brustwandrezidive bei Mamakarzinom in vorbestrahltem Areal - Inoperable Lymphknotenmetastasen von HNO-Tumoren in vorbestrahltem Areal - Oberflächliche Lymphknotenmetastasen und Lokalrezidive bei malignem Melanom - Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.	1.7.2017
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard. Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt - Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm 	1.7.2017, 1.3.2019, 31.12.2020, 1.4.2023
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie - Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm 	1.7.2017, 1.3.2019, 31.12.2020, 1.4.2023- 30.6.2023

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapie-refraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokalablativ Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	1.1.2014
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR) ohne Abklärung von Demenz	Ja	Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 10. Dezember 2021 ⁵⁰ . Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 ⁵¹ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2016, 1.1.2017, 1.7.2017, 1.1.2018, 1.10.2018, 1.3.2019, 1.2.2020, 1.7.2020, 1.8.2020, 1.4.2023
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR) zur Abklärung von Demenz	Ja	Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 ⁵² der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG): als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen,	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2017, 1.2.2020, 1.8.2020, 1.4.2023

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- Voraussetzungen pflicht	gültig ab
	<p>nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018⁵³), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bei einem Mini-Mental-Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren;</p> <p>Kostenübernahme für Untersuchungen ab dem 81. Altersjahr und für sequentielle Untersuchungen mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	
	<p>b) Mittels markiertem Amyloid-Tracer:</p> <p>als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018⁵⁴), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem</p>	

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 (Single Photon Emission Computed Tomography).	
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR)	Nein	Mittels Yttrium-90 nach Radio-synoviorthese des Kniegelenks	1.4.2023

10 Komplementärmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Akupunktur	Ja	Durch Ärzte mit einer Weiterbildung in Akupunktur, die dem Fähigkeitsprogramm "Akupunktur - Chinesische Arzneitherapie - TCM (ASA)" des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) vom 1. Juli 2015, revidiert am 23. Juni 2017 ⁵⁵ , entspricht.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020, 1.1.2022
Anthroposophische Medizin	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Ärztliche Klassische Homöopathie	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Phytotherapie	Nein		1.9.2006
Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke)	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Ozon-Therapie (alle Anwendungen)	Nein		1.4.2000, 1.4.2023
Oxygenierungstherapie (intravenöse Gabe von Sauerstoff, Synonyme: Sauerstofftherapie nach Regelsberger, Sauerstoff-Insufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie,	Nein		1.4.2000, 1.4.2023

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie)			
Sauerstoff-Mehrschritttherapie nach von Ardenne (alle Varianten und Prozesse inkl. Oxicur-Sauerstoff-Kur, Oxicur-Sauerstoff-Mehrschritt-Aktivierung, Sauerstoff-Vitalkur)	Nein		1.4.2023
Frischzellentherapie	Nein		1.4.2000
Serozytotherapie	Nein		1.4.2000
Musiktherapie	Nein		1.4.2000

11 Rehabilitation

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes		<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant.</p> <p>Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. 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 Behand-</p>	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>lungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>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 2011⁵⁶.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009⁵⁷.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010⁵⁸.</p>	
	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA - Patienten mit Status nach Bypass-Operation - Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen - Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren - Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen 	

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

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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).	
	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	<p>Programme für Patienten mit schweren chronischen Lungenerkrankheiten.</p> <p>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 2003⁵⁹ entsprechen.</p> <p>Der Leiter des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal einmal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.9.2006, 1.1.2014

12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Allgemeinnarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen)	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	1.1.2014
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)	Ja		1.1.2014
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.4.2000
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.9.2006

13 Zahnmedizin

13.1 Erkrankungen des Kausystems

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

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

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

13.2 Allgemeinerkrankungen

1) Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind:

- 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 Polyarthrititis 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.

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.

13.3 Zahnärztliche Behandlungen

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;
- e) Schlafapnoe-Syndrom.

13.4 Geburtsgebrechen

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind, wenn:

- a) die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b) die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr notwendig sind, nicht jedoch bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 3quater des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung haben.

Geburtsgebrechen im Sinne von Satz 1 sind:

1. Dysplasia ectodermalis;
2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (Epidermolysis bullosa hereditaria, Acrodermatitis enteropathica und Pemphigus benignus familiaris chronicus);

3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasia epiphysaria multiplex);
4. Angeborene Dysostosen;
5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;
6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;
7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. Arthromyodysplasia congenita (Arthrogryposis);
11. Dystrophia musculorum progressiva und andere congenitale Myopathien;
12. Myositis ossificans progressiva congenita;
13. Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte);
14. Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten;
15. Angeborene Nasen- und Lippenfistel;
16. Proboscis lateralis;
17. Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. Anodontia totalis congenita oder Anodontia partialis congenita bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. Micrognathia inferior congenita mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
 - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;

- bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. Mordex apertus congenitus, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
 Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (beziehungsweise von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
 22. Prognathia inferior congenita, sofern:
 - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens -1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
 - eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;
 23. Epulis des Neugeborenen;
 24. Choanalatresie;
 25. Glossoschisis;
 26. Makro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
 27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
 28. Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
 - 28a. Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinander liegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen (exklusive Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt;
 29. Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichert'scher Knorpel);
 30. Haemangioma cavernosum aut tuberosum;

31. Lymphangioma congenitum, sofern Operation notwendig ist;
32. Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien;
33. Histiocyosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwecke-Krankheit);
34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyelia);
35. Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedrich'sche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita);
36. Angeborene Epilepsie;
37. Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch);
38. Kongenitale Paralysen und Paresen;
39. Ptosis palpebrae congenita;
40. Aplasie der Tränenwege;
41. Anophthalmus;
42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. Atresia auris congenita inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoprotein-stoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysare Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffe-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen);
47. Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose, Hypothyreose und Kretinismus);
48. Angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion (hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus und Prader-Willi-Syndrom, Kallmann-Syndrom);
49. Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (Turner-Syndrom, Missbildungen des Ovars, Anorchie und Klinefelter-Syndrom);
50. Neurofibromatose;
51. Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe);

52. Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum);
53. Teratome und andere Keimzellentumoren (wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzellentumor, Dottersacktumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom).

13.5 Narkose bei zahnärztlicher Behandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der Allgemeinnarkose zur Durchführung von:

- a) zahnärztlichen Behandlungen nach Ziff. 13.1 bis 13.4, wenn diese ohne Allgemeinnarkose nicht möglich sind;
- b) zahnärztlichen Behandlungen, die nicht unter Ziff. 13.1 bis 13.4 fallen, wenn sie wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung des Versicherten ohne Allgemeinnarkose nicht möglich sind.

Anhang 1b

Der bisherige Anhang 1b wird durch nachfolgenden Anhang ersetzt:

Abweichungen gemäss Art. 47a Abs. 4 von den vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassenen Einschränkungen der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen⁶⁰

Anhang 2 Ziff. 1.3 und Ziff. 2a Bst. f und g

- 1.3 Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr werden vom Amt für Gesundheit schriftlich nach Ziff. 2.2.1 zur Untersuchung eingeladen. Personen ab dem 17. Lebensjahr erhalten alle fünf Jahre eine schriftliche Einladung des Amtes für Gesundheit zur Vorsorgeuntersuchung, Frauen zusätzlich alle zweieinhalb Jahre zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung. Die Einladung zur allfälligen Nachuntersuchung erfolgt durch die Arztpraxis.

2a. Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (Art. 50)

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

Massnahme	Voraussetzung
f) monoklonaler Antikörper zur RSV-Prophylaxe	Indikationsstellung gemäss den Empfehlungen "Konsensus Statement zur Prävention von Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Infektionen mit dem humanisierten monoklonalen Antikörper Palivizumab (Synagis®) (Update 2016)" ⁶¹ der interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Pädiatrischen Infektiologie-Gruppe der Schweiz (PIGS), der Schweizerischen Gesellschaft für

⁶⁰ Anhang 1b enthält derzeit keine Abweichungen.

⁶¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahme

Voraussetzung

Pädiatrische Pneumologie (SGPP), der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderkardiologie (SGK) und der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (SGN).

Bei ehemaligen Frühgeborenen mit bronchopulmonaler Dysplasie: Indikationsstellung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2015, revidiert am 17. Juni 2021⁶²) oder pädiatrischer Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016⁶³).

Bei Kindern mit hämodynamisch signifikantem kongenitalem Herzvitium: Indikationsstellung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrischer Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016⁶⁴).

- g) Passive Immunisierung mit Covid-19-Antikörper
- Bei immundefizienten Personen mit höchster Priorität für die passive Immunisierungstherapie gemäss "Position paper on the use of monoclonal antibodies against SARS-CoV-2 as passive immunisation treatments in severely immunocompromised persons in Switzerland", Version vom

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

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

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

Massnahme

Voraussetzung

26. April 2022⁶⁵, sowie bei Personen mit Sichelzellanämie.

Die Kosten werden nur für Antikörperpräparate übernommen, die für die betreffenden Indikationen über die nötige Zulassung verfügen.

Anhang 2a^{bis}

Der bisherige Anhang 2a^{bis} wird durch nachfolgenden Anhang ersetzt:

Anhang 2a^{bis}

(Art. 52b)

Co-Marketing-Präparate

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	ZulassungsinhaberIn des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Atorvastatin Viatrix		Sortis		Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	
Atorvastatin Viatrix, Filmtablett 10 mg, 30 Stk	7680616570017	Sortis, Filmtablett 10 mg, 30 Stk	7680540850285	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtablett 10 mg, 100 Stk	7680616570024	Sortis, Filmtablett 10 mg, 100 Stk	7680540850360	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012

⁶⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 20 mg, 30 Stk	7680616570031	Sortis, Filmtabl 20 mg, 30 Stk	7680540850445	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 20 mg, 100 Stk	7680616570048	Sortis, Filmtabl 20 mg, 100 Stk	7680540850520	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 40 mg, 30 Stk	7680616570055	Sortis, Filmtabl 40 mg, 30 Stk	7680540850605	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 40 mg, 100 Stk	7680616570062	Sortis, Filmtabl 40 mg, 100 Stk	7680540850797	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 80 mg, 30 Stk	7680616570079	Sortis, Filmtabl 80 mg, 30 Stk	7680540851091	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatrix, Filmtabl 80 mg, 100 Stk	7680616570086	Sortis, Filmtabl 80 mg, 100 Stk	7680540851176	Atorvastatinum	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Esomep		Nexium		Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	
Esomep i.v., Trockensub 40 mg, Amp 1 Stk	7680605760016	Nexium, Trockensub 40 mg i.v., Vial 1 Stk	7680567300015	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 14 Stk	7680605740018	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 14 Stk	7680556090163	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 28 Stk	7680605740025	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 28 Stk	7680556090187	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 56 Stk	7680605740032	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 56 Stk	7680556090200	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 98 Stk	7680605740049	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 98 Stk	7680556090224	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 14 Stk	7680605740063	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 14 Stk	7680556090385	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 28 Stk	7680605740070	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 28 Stk	7680556090408	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 56 Stk	7680605740087	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 56 Stk	7680556090422	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 98 Stk	7680605740094	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 98 Stk	7680556090446	Esomeprazolom	Grünenthal Pharma AG	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Sequase		Seroquel		Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	
Sequase, Filmtabl 25 mg, 60 Stk	7680623310019	Seroquel, Filmtabl 25 mg, 60 Stk	7680541820317	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 100 mg, 60 Stk	7680623310026	Seroquel, Filmtabl 100 mg, 60 Stk	7680541820744	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 100 mg, 100 Stk	7680623310033	Seroquel, Filmtabl 100 mg, 100 Stk	7680541820829	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 200 mg, 60 Stk	7680623310040	Seroquel, Filmtabl 200 mg, 60 Stk	7680541821123	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 200 mg, 100 Stk	7680623310057	Seroquel, Filmtabl 200 mg, 100 Stk	7680541821208	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 300 mg, 60 Stk	7680623310064	Seroquel, Filmtabl 300 mg, 60 Stk	7680541821710	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 300 mg, 100 Stk	7680623310071	Seroquel, Filmtabl 300 mg, 100 Stk	7680541821987	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Clopidogrel Zentiva		Plavix		Clopidogrelum	Helvepharm AG	
Clopidogrel Zentiva, Filmtabl 75 mg, 28 Stk	7680604050033	Plavix, Tabl 75 mg, 28 Stk	7680545090143	Clopidogrelum	Helvepharm AG	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Clopidogrel Zentiva, Film-tablet 75 mg, 84 Stk	7680604050040	Plavix, Tablet 75 mg, 84 Stk	7680545090228	Clopidogrelum	Helvepharm AG	01.12.2012
Pemzek PLUS		Atacand plus		Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	
Pemzek PLUS, Tablet 8/12.5 mg, 28 Stk	7680624990012	Atacand plus, Tablet 8/12.5 mg, 28 Stk	7680548750297	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tablet 8/12.5 mg, 98 Stk	7680624990029	Atacand plus, Tablet 8/12.5 mg, 98 Stk	7680548750372	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tablet 16/12.5 mg, 28 Stk	7680624990036	Atacand plus, Tablet 16/12.5 mg, 28 Stk	7680548750532	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tablet 16/12.5 mg, 98 Stk	7680624990043	Atacand plus, Tablet 16/12.5 mg, 98 Stk	7680548750617	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tablet 32/12.5 mg, 28 Stk	7680624990050	Atacand plus, Tablet 32/12.5 mg, 28 Stk	7680548750907	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Pemzek PLUS, Tabl 32/12.5 mg, 98 Stk	7680624990067	Atacand plus, Tabl 32/12.5 mg, 98 Stk	7680548750914	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tabl 32/25 mg, 28 Stk	7680624990074	Atacand plus, Tabl 32/25 mg, 28 Stk	7680548750938	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek PLUS, Tabl 32/25 mg, 98 Stk	7680624990081	Atacand plus, Tabl 32/25 mg, 98 Stk	7680548750945	Candesartanum cilexetilum, Hydrochlorothiazidum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek		Atacand		Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	
Pemzek, Tabl 4 mg, 7 Stk	7680624980013	Atacand, Tabl 4 mg, 7 Stk	7680542300283	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek, Tabl 8 mg, 28 Stk	7680624980020	Atacand, Tabl 8 mg, 28 Stk	7680542300443	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek, Tabl 8 mg, 98 Stk	7680624980037	Atacand, Tabl 8 mg, 98 Stk	7680542300528	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek, Tabl 16 mg, 28 Stk	7680624980044	Atacand, Tabl 16 mg, 28 Stk	7680542300795	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Pemzek, Tabl 16 mg, 98 Stk	7680624980051	Atacand, Tabl 16 mg, 98 Stk	7680542300870	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek, Tabl 32 mg, 28 Stk	7680624980068	Atacand, Tabl 32 mg, 28 Stk	7680542301174	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Pemzek, Tabl 32 mg, 98 Stk	7680624980075	Atacand, Tabl 32 mg, 98 Stk	7680542301259	Candesartanum cilexetilum	Astra-Zeneca AG	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer		Efexor		Venlafaxinum	Viatriis Pharma GmbH	
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 37.500 mg, 7 Stk	7680621290016	Efexor ER 37,5, Kaps 37.500 mg, 7 Stk	7680541680713	Venlafaxinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 37.500 mg, 28 Stk	7680621290023	Efexor ER 37,5, Kaps 37.500 mg, 28 Stk	7680541680720	Venlafaxinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 75 mg, 14 Stk	7680621290030	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 14 Stk	7680541680126	Venlafaxinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 75 mg, 28 Stk	7680621290047	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 28 Stk	7680541680201	Venlafaxinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 75 mg, 98 Stk	7680621290054	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 98 Stk	7680541680393	Venlafaxi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 150 mg, 14 Stk	7680621290061	Efexor ER 150, Kaps 150 mg, 14 Stk	7680541680478	Venlafaxi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 150 mg, 28 Stk	7680621290078	Efexor ER 150, Kaps 150 mg, 28 Stk	7680541680553	Venlafaxi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer ER, Ret Kaps 150 mg, 98 Stk	7680621290085	Efexor ER 150, Kaps 150 mg, 98 Stk	7680541680638	Venlafaxi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Pfizer		Norvasc		Amlodipi- num	Viatrix Pharma GmbH	
Amlodipin Pfizer, Tabl 5 mg, 30 Stk	7680592610011	Norvasc, Tabl 5 mg, 30 Stk	7680500440174	Amlodipi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Pfizer, Tabl 5 mg, 100 Stk	7680592610028	Norvasc, Tabl 5 mg, 100 Stk	7680500440259	Amlodipi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Pfizer, Tabl 10 mg, 30 Stk	7680592610035	Norvasc, Tabl 10 mg, 30 Stk	7680500440334	Amlodipi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Pfizer, Tabl 10 mg, 100 Stk	7680592610042	Norvasc, Tabl 10 mg, 100 Stk	7680500440419	Amlodipi- num	Viatrix Pharma GmbH	01.12.2012

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Irbesartan Zentiva		Aprovel		Irbesartanum	Helvepharm AG	
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 150 mg, 28 Stk	7680622800016	Aprovel 150, Filmtabl 150 mg, 28 Stk	7680542501185	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 150 mg, 98 Stk	7680622800023	Aprovel 150, Filmtabl 150 mg, 98 Stk	7680542501260	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 300 mg, 28 Stk	7680622800030	Aprovel 300, Filmtabl 300 mg, 28 Stk	7680542501345	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 300 mg, 98 Stk	7680622800047	Aprovel 300, Filmtabl 300 mg, 98 Stk	7680542501420	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014
Azithromycin Pfizer		Zithromax		Azithromycinum	Pfizer AG	
Azithromycin Pfizer, Filmtabl 250 mg, 4 Stk	7680612560012	Zithromax, Filmtabl 250 mg, 4 Stk	7680534880137	Azithromycinum	Pfizer AG	01.04.2014
Azithromycin Pfizer, Filmtabl 250 mg, 6 Stk	7680612560029	Zithromax, Filmtabl 250 mg, 6 Stk	7680534880212	Azithromycinum	Pfizer AG	01.04.2014
Azithromycin Pfizer, Susp 200 mg/5ml, 15 ml	7680612570011	Zithromax, Susp 200 mg/5ml, 15 ml	7680513520177	Azithromycinum	Pfizer AG	01.04.2014

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Azithromycin Pfizer, Susp 200 mg/5ml, 30 ml	7680612570028	Zithro- max, Susp 200 mg/ 5ml, 30 ml	7680513520252	Azithro- mycinum	Pfizer AG	01.04.2014
Zoledronat Osteo Sandoz		Aclasta		Acidum zoledroni- cum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	
Zoledronat Osteo Sandoz, Inf Lös 5 mg/100ml, Amp 1 Stk	7680626260014	Aclasta, Inf Lös 5 mg/ 100 ml, Amp 100 ml	7680573630014	Acidum zoledroni- cum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva		CoApro- vel		Irbes- artanum, Hydroch- lorothia- zidium	Helve- pharm AG	
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 150/12.5 mg, 28 Stk	7680622780011	CoApro- vel, Filmtabl 150/12.5, 28 Stk	7680548420664	Irbes- artanum, Hydroch- lorothiazi- dum	Helve- pharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 150/12.5 mg, 98 Stk	7680622780028	CoApro- vel, Filmtabl 150/12.5, 98 Stk	7680548420749	Irbes- artanum, Hydroch- lorothiazi- dum	Helve- pharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 300/12.5 mg, 28 Stk	7680622780035	CoApro- vel, Filmtabl 300/12.5, 28 Stk	7680548420824	Irbes- artanum, Hydroch- lorothiazi- dum	Helve- pharm AG	01.04.2015

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 300/12.5 mg, 98 Stk	7680622780042	CoAprovel, Filmtabl 300/12.5, 98 Stk	7680548420909	Irbesartanum, Hydrochlorothiazidum	Helvepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 300/25 mg, 28 Stk	7680622780059	CoAprovel, Filmtabl 300/25, 28 Stk	7680548421043	Irbesartanum, Hydrochlorothiazidum	Helvepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva, Filmtabl 300/25 mg, 98 Stk	7680622780066	CoAprovel, Filmtabl 300/25, 98 Stk	7680548421128	Irbesartanum, Hydrochlorothiazidum	Helvepharm AG	01.04.2015
Sequase XR		Seroquel XR		Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	
Sequase XR, Ret Tabl 50 mg, 60 Stk	7680632550017	Seroquel XR, Ret Tabl 50 mg, 60 Stk	7680581080016	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 150 mg, 60 Stk	7680632550024	Seroquel XR, Ret Tabl 150 mg, 60 Stk	7680581080085	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 150 mg, 100 Stk	7680632550031	Seroquel XR, Ret Tabl 150 mg, 100 Stk	7680581080092	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 200 mg, 60 Stk	7680632550048	Seroquel XR, Ret Tabl 200 mg, 60 Stk	7680581080023	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Sequase XR, Ret Tabl 200 mg, 100 Stk	7680632550055	Seroquel XR, Ret Tabl 200 mg, 100 Stk	7680581080030	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 300 mg, 60 Stk	7680632550062	Seroquel XR, Ret Tabl 300 mg, 60 Stk	7680581080047	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 300 mg, 100 Stk	7680632550079	Seroquel XR, Ret Tabl 300 mg, 100 Stk	7680581080054	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 400 mg, 60 Stk	7680632550086	Seroquel XR, Ret Tabl 400 mg, 60 Stk	7680581080061	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 400 mg, 100 Stk	7680632550093	Seroquel XR, Ret Tabl 400 mg, 100 Stk	768058100078	Quetiapi-num	Astra-Zeneca AG	01.01.2016
Azithromycin Pfizer		Zithro-max		Azithro-mycinum	Pfizer AG	
Azithromycin Pfizer, Filmtabl 500 mg, 3 Stk	7680612560036	Zithro-max, Filmtabl 500 mg, 3 Stk	7680534880014	Azithro-mycinum	Pfizer AG	01.01.2016

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Letrozol Sandoz		Femara		Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	
Letrozol Sandoz, Filmtabl 2.500 mg, 30 Stk	7680624070035	Femara, Filmtabl 2.500 mg, 30 Stk	7680540180016	Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.01.2017
Letrozol Sandoz, Filmtabl 2.500 mg, 100 Stk	7680624070042	Femara, Filmtabl 2.500 mg, 100 Stk	7680540180023	Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva		Surmontil		Trimipraminum	Helvepharm AG	
Trimipramine Zentiva, Tabl 25 mg, 50 Stk	7680583450091	Surmontil, Tabl 25 mg, 50 Stk	7680287890179	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 25 mg, 200 Stk	7680583450107	Surmontil, Tabl 25 mg, 200 Stk	7680287890681	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 100 mg, 20 Stk	7680583450114	Surmontil, Tabl 100 mg, 20 Stk	7680287890339	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 100 mg, 100 Stk	7680583450121	Surmontil, Tabl 100 mg, 100 Stk	7680287890414	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tropfen 40 mg/ml, 30 ml	7680583460021	Surmontil, Tropfen 4 %, 30 ml	7680294790110	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Crestastatin		Crestor		Rosuvastatin	Astra-Zeneca AG	
Crestastatin, Filmtabl 5 mg, 30 Stk	7680663610018	Crestor, Filmtabl 5 mg, 30 Stk	7680561390029	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 5 mg, 100 Stk	7680663610025	Crestor, Filmtabl 5 mg, 100 Stk	7680561390043	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 10 mg, 30 Stk	7680663610049	Crestor, Filmtabl 10 mg, 30 Stk	7680561390067	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 10 mg, 100 Stk	7680663610056	Crestor, Filmtabl 10 mg, 100 Stk	7680561390081	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 20 mg, 30 Stk	7680663610070	Crestor, Filmtabl 20 mg, 30 Stk	7680561390104	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 20 mg, 100 Stk	7680663610087	Crestor, Filmtabl 20 mg, 100 Stk	7680561390128	Rosuvastatinum	Astra-Zeneca AG	01.07.2017
Ezetimibe		Ezetrol		Ezetimibum	Organon GmbH	
Ezetimibe Organon, Tabl 10 mg, 28 Stk	7680665510033	Ezetrol, Tabl 10 mg, 28 Stk	7680561950025	Ezetimibum	Organon GmbH	01.01.2018
Ezetimibe Organon, Tabl 10 mg, 98 Stk	7680665510040	Ezetrol, Tabl 10 mg, 98 Stk	7680561950049	Ezetimibum	Organon GmbH	01.01.2018

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Pregabalin Pfizer		Lyrica		Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 25 mg, 14 Stk	7680656780018	Lyrica, Kaps 25 mg, 14 Stk	7680570570023	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 25 mg, 56 Stk	7680656780117	Lyrica, Kaps 25 mg, 56 Stk	7680570570016	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 50 mg, 14 Stk	7680656780124	Lyrica, Kaps 50 mg, 14 Stk	7680570570030	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 50 mg, 84 Stk	7680656780025	Lyrica, Kaps 50 mg, 84 Stk	7680570570429	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 75 mg, 14 Stk	7680656780032	Lyrica, Kaps 75 mg, 14 Stk	7680570570160	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 75 mg, 56 Stk	7680656780049	Lyrica, Kaps 75 mg, 56 Stk	7680570570207	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 100 mg, 84 Stk	7680656780094	Lyrica, Kaps 100 mg, 84 Stk	7680570570603	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 150 mg, 56 Stk	7680656780056	Lyrica, Kaps 150 mg, 56 Stk	7680570570245	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 150 mg, 168 Stk	7680656780063	Lyrica, Kaps 150 mg, 168 Stk	7680570570481	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Pregabalin Pfizer, Kaps 200 mg, 84 Stk	7680656780100	Lyrica, Kaps 200 mg, 84 Stk	7680570570665	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 300 mg, 56 Stk	7680656780070	Lyrica, Kaps 300 mg, 56 Stk	7680570570368	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Pregabalin Pfizer, Kaps 300 mg, 168 Stk	7680656780087	Lyrica, Kaps 300 mg, 168 Stk	7680570570542	Pregabalinum	Viatrix Pharma GmbH	01.01.2018
Lenalidomid BMS		Revli- mid		Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	
Lenalidomid BMS 2.5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900013	REVLIMID 2.5 mg, Hart- kapseln 21 Stk.	7680577120061	Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900020	REVLIMID 5 mg, Hart- kapseln 21 Stk.	7680577120016	Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 7.5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900037	REVLIMID 7.5 mg, Hart- kapseln 21 Stk.	7680577120078	Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 10 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900044	REVLIMID 10 mg, Hart- kapseln 21 Stk.	7680577120023	Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Lenalidomid BMS 15 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900051	REVLIMID 15 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680577120030	Lenalidomidum	Bristol-Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 20 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900068	REVLIMID 20 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680577120054	Lenalidomidum	Bristol-Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 25 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900075	REVLIMID 25 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680577120047	Lenalidomidum	Bristol-Myers Squibb SA	01.08.2022

II.

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. April 2023 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Dr. Daniel Risch*
Fürstlicher Regierungschef