

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2000

Nr. 74

ausgegeben am 24. März 2000

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

Aufgrund von Art. 3a, Art. 4 Abs. 1 und 2, Art. 7 Abs. 2, Art. 11 Abs. 2, Art. 13 Abs. 3, Art. 14 Abs. 3 und 9, Art. 15 Abs. 6, Art. 16a Abs. 2 und 3, Art. 17 Abs. 3, Art. 18 Abs. 4, Art. 19 Abs. 5, Art. 22 Abs. 7, Art. 23 Abs. 4, Art. 24 Abs. 2, Art. 24a Abs. 2 und 3, Art. 24b Abs. 5 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971, LGBl. 1971 Nr. 50¹, in der geltenden Fassung, verordnet die Regierung:

I. Organisation

A. Anerkannte Krankenkassen

Art. 1

Anerkennung von Krankenkassen

1) Ein Gesuch um Anerkennung ist dem Amt für Gesundheit bis 30. Juni des Vorjahres einzureichen. Dem Gesuch sind beizulegen:²

- a) die Statuten und die Gründungsurkunde sowie ein Auszug aus dem Öffentlichkeitsregister;
- b) die Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflege- und Krankengeldversicherung und die freiwilligen Versicherungen sowie die allfälligen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten;

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

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

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

Art. 2

Anerkennung ausländischer Kassen

1) Die Anerkennung von ausländischen Kassen wird zusätzlich zur Erfüllung der Bestimmungen gemäss Art. 1 davon abhängig gemacht, dass sie über eine Niederlassung gemäss Art. 2 Abs. 2 des Gesetzes verfügen. Die Krankenkassen liefern dem Amt für Gesundheit die dafür nötigen Angaben (Name und Anschrift sowie Organisationsstruktur der Niederlassung).³

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

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

Art. 3

Verzicht auf Anerkennung

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

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

B. Aufsicht

Art. 4

Finanzielle Sicherheit

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

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

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

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

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

5) Das Amt für Gesundheit kann den Kassen Weisungen erteilen über:⁴
a) die zulässige Höhe von Reserven, die über das Minimum nach Abs. 4 hinausgehen;

- b) die Bildung von Altersrückstellungen bei Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter in den freiwilligen Versicherungen;
- c) die Verwendung von Rückstellungen und Reserven bei einer Verringerung des Leistungsumfanges in den freiwilligen Versicherungen.

Art. 5

Rückversicherung

1) Die Kassen sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen. Die Rückversicherungsverträge und spätere Änderungen sind dem Amt für Gesundheit zur Genehmigung einzureichen. In den Verträgen ist die Kündigung zu regeln. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen. Die Verträge müssen wenigstens auf das Ende jedes dem Inkrafttreten folgenden Kalenderjahres kündbar sein. Die Kassen haben eine Kündigung dem Amt für Gesundheit unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.⁵

2) Das Amt für Gesundheit beurteilt bei der Genehmigung des Rückversicherungsvertrages in welchem Verhältnis die minimale Reserve nach Art. 4 Abs. 4 herabgesetzt werden kann. Die Reserve muss aber mindestens der in Art. 4 Abs. 4 festgelegten Höhe bei einem Bestand von über 20 000 Versicherten entsprechen.⁶

3) Ausländische Kassen mit einem Gesamtbestand von mehr als 20 000 Versicherten können an Stelle einer Rückversicherung eine Garantieerklärung abgeben, wonach Verluste in der Betriebsrechnung vorübergehend durch die allgemeinen Reserven der Kasse sichergestellt werden. Eine solche Garantieerklärung ist der zuständigen ausländischen Aufsichtsbehörde der Kasse zur Kenntnis zu bringen. Bringt die ausländische Aufsichtsbehörde keine Einwendungen gegen die Garantieerklärung vor, kann die minimale Reserve nach Art. 4 Abs. 4 in einem durch das Amt für Gesundheit zu bestimmenden Verhältnis herabgesetzt werden. Die Reserve muss aber mindestens der in Art. 4 Abs. 4 festgelegten Höhe bei einem Bestand von über 20 000 Versicherten entsprechen.⁷

Art. 6

Kapitalanlagen

1) Die Kassen legen ihr Vermögen so an, dass dabei die Sicherheit, erforderliche Liquidität und eine angemessene und ausgewogene Risikoverteilung unter Berücksichtigung eines angemessenen Ertrages garantiert ist. Sie

erstellen ein Anlagereglement, welches vom Amt für Gesundheit genehmigt wird.⁸

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

Art. 7

Rechnungslegung; Grundsätze

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

- a) die ordentliche obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b) Aufgehoben⁹
- c) die obligatorische Krankengeldversicherung;
- d) die einzelnen freiwilligen Versicherungen.

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

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

4) Das Amt für Gesundheit kann zur Rechnungsführung Weisungen erteilen. Fehlen Weisungen, so sind die Art. 1045 ff. des Personen- und Gesellschaftsrechts über das kaufmännische Verrechnungswesen anwendbar.¹⁰

Art. 8¹¹

Kontenplan und Regeln für die Rechnungsführung

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

Art. 9

Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle

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

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

Art. 10

Verwaltungskosten

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

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

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

Art. 11

Berichterstattung

1) Die Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis zum 30. April des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres die geprüfte Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang, und den Geschäftsbericht über das abgeschlossene Geschäftsjahr einzureichen. Der Beschluss des zuständigen Organs der Kasse über die Genehmigung der Rechnung kann spätestens bis zum 30. September nachgereicht werden.¹²

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

3) Die Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis zum 31. Oktober des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.¹³

4) Die Jahresrechnung und das Budget sind auf den vom Amt für Gesundheit erstellten Formularen einzureichen.¹⁴

Art. 12

Revisionsstelle

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

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

3) Hat eine Kasse trotz Mahnung keine Revisionsstelle bestimmt, so weist ihr das Amt für Gesundheit eine solche zu.¹⁵

4) Das Amt für Gesundheit kann den Kassen oder deren Revisionsstelle Weisungen über vorzunehmende Revisionen erteilen.¹⁶

Art. 13

Aufgaben der Revisionsstelle

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

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

Art. 14

Berichte der Revisionsstelle

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

2) Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ der Kasse sowie dem Amt für Gesundheit im Original einzureichen. Der Bericht über die jährliche Revision ist bis zum 30. April des folgenden Jahres, die Berichte über die Zwischenrevisionen sind innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.¹⁷

3) Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit der Kasse oder deren Fähigkeit, ihre Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbreitet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ der Kasse und dem Amt für Gesundheit.¹⁸

4) Das Amt für Gesundheit kann Weisungen über Form und Inhalt der Berichte erlassen und Berichte an die Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.¹⁹

Art. 15²⁰

Statistik

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

Art. 16²¹

Melde- und Vorlagepflichten

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

Art. 17

Aufsicht über ausländische Kassen

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

C. Risikoausgleich

Art. 18

Umfang des Risikoausgleichs

1) Der Risikoausgleich nach Art. 3a des Gesetzes gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich der Versicherungen in einem Versorgungsnetz und der Versicherungen mit freiwilligen Kostenbeteiligungen.²²

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

Art. 19

Risikogruppen

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

2) Die Risikogruppenzuteilung erfolgt aufgrund der Geburtsjahre der Versicherten.

Art. 20

Durchschnittskosten

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

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

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

Art. 21

Versichertenbestände

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

Art. 22

Risikoausgleich

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

Art. 23

Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

- 1) Massgebend für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind die Versichertenbestände und die von ihnen verursachten Kosten im Kalenderjahr, für welches der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr).
- 2) Die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Diese stützt sich auf die Versichertenbestände und Kosten im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr. Bei der Berücksichtigung der Kosten kann die für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständige Stelle (Art. 24) für die voraussichtlich im Ausgleichsjahr zu erwartende Kostensteigerung einen angemessenen Zuschlag einberechnen.
- 3) Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt.

Art. 24

Durchführungsstelle

- 1) Das Amt für Gesundheit führt den Risikoausgleich durch. Es kann bestimmte Aufgaben des Vollzugs Dritten übertragen.²³
- 2) Es ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jeder Kasse die sie betreffende Saldoabrechnung zu.
- 3) Es erstellt und veröffentlicht eine Statistik über die Versicherten und Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 25²⁴*Verwaltungskosten*

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

Art. 26

Datenlieferung

- 1) Die Kassen liefern ihre nach Risikogruppen, Geschlecht und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, Kosten, Kostenbeteiligungen und Staatsbeiträge nach den Weisungen des Amtes für Gesundheit. Sie stellen die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den Versichertenbestand zu.²⁵
- 2) Diese Daten sind dem Amt für Gesundheit bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.²⁶

Art. 27

Kontrolle der Daten

- 1) Die Revisionsstellen der Kassen reichen dem Amt für Gesundheit einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten ein.²⁷
- 2) Das Amt für Gesundheit prüft die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Art. 26 gelieferten Daten mittels Stichproben.²⁸

Art. 28

Zahlungsfristen

1) Für den Risikoausgleich jedes Ausgleichsjahres sind zu leisten:

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

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

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

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

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

4) Die an die Kassen geschuldeten Zahlungen sind vom Amt für Gesundheit auch dann vorzunehmen, wenn nicht alle Kassen ihre Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Kassen aus, so kann das Amt für Gesundheit die Zahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben vornehmen. Die ausstehenden Ausgleichsbeiträge sind nach deren Eingang zu entrichten.²⁹

5) Das Amt für Gesundheit kann ausstehende Zahlungen einer Kasse mit Ansprüchen der Kasse auf Staatsbeiträge verrechnen.³⁰

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

Art. 29³²*Datenschutz*

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

Art. 30³³*Verfahren und Rechtspflege*

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

Art. 31³⁴*Schadenersatz und Ordnungsmassnahmen*

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

II. Versicherte Personen

A. Krankenpflegeversicherung

Art. 32

Versicherungspflicht

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

Art. 33

Ausnahmen von der Versicherungspflicht

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

Art. 34

Entsandte Arbeitnehmer

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

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

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

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

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

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

Art. 35

Beginn und Ende der obligatorischen Versicherungen

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

2) Steht erst nach längeren Abklärungen fest, dass eine Person der obligatorischen Versicherung in Liechtenstein untersteht, muss die Kasse die Person rückwirkend auf den Zeitpunkt, in welchem der massgebende Sachverhalt für die Versicherungspflicht in Liechtenstein eingetreten ist, versichern, wenn die betreffende Person die Verzögerung in der Abklärung nicht selber zu verantworten hat. Das Amt für Gesundheit teilt der Kasse mit, ob die Voraussetzungen für eine rückwirkende Versicherung gegeben sind.³⁵

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

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

Art. 35a³⁶*Wechsel der Kasse*

Bei einem Wechsel der Kasse endet das Versicherungsverhältnis bei der bisherigen Kasse erst, wenn ihr die neue Kasse mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihr ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt die neue Kasse diese Mitteilung, so hat sie dem Versicherten den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prä-

miendifferenz. Sobald die bisherige Kasse die Mitteilung erhalten hat, informiert sie die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihr versichert ist.

Art. 36

*Zahlungsverzug*³⁷

1) Bezahlen Versicherte fällige Kostenbeteiligungen nicht oder bleiben bei Versicherten mit selbständiger Erwerbstätigkeit oder ohne Erwerbstätigkeit in Liechtenstein fällige Prämien der obligatorischen Krankenversicherungen unbezahlt, hat die Kasse die Versicherten schriftlich unter Einräumung einer Nachfrist von 30 Tagen zu mahnen und auf die Folgen des Zahlungsverzugs nach Abs. 2 hinzuweisen.³⁸

2) Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, so kann die Kasse:

- a) die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen im Zwangs-vollstreckungsverfahren einbringlich machen und im Falle der Nichteinbringlichkeit die Übernahme der Kosten für die Leistungen bis zur Bezahlung der Prämien aufschieben. Die zuständige Fürsorgekommission ist durch die Kasse von der Aufschiebung zu unterrichten; oder
- b) im Falle der offensichtlichen Zahlungsunfähigkeit des Versicherten unter Nachweis des Zahlungsverzuges einen Antrag auf Vergütung der Prämien oder Kostenbeteiligungen bei der zuständigen Fürsorgekommission stellen.³⁹

3) Hat der Versicherte Anspruch auf Beiträge des Landes im Sinne von Art. 24b des Gesetzes, kann die Kasse unter Nachweis des Zahlungsverzuges beim Amt für Gesundheit beantragen, dass diese Beiträge direkt an die Kasse ausbezahlt werden.⁴⁰

4) Steht aufgrund der durchgeführten Zwangsvollstreckung fest, dass die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht einbringlich sind, kann die Kasse innert eines Jahres seit dem Abschluss des Zwangsvollstreckungsverfahrens der zuständigen Fürsorgekommission einen Antrag auf Vergütung der Prämien oder Kostenbeteiligungen stellen. Für Prämien oder Kostenbeteiligungen, die länger als zwei Jahre ausständig sind, kann der Antrag nicht mehr gestellt werden.⁴¹

5) Die Fürsorgekommission kann verlangen, dass die Kasse beim Landgericht den Antrag stellt, der säumige Zahlungspflichtige möge den Offenbarungseid ablegen. Ergeben sich aus dem Offenbarungseid pfändbare Vermögenswerte, hat die Kasse das Zwangsvollstreckungsverfahren fortzu-

setzen. Wird die Erfolglosigkeit der Zwangsvollstreckung festgestellt, kann die Kasse innert eines Jahres den Vergütungsantrag an die Fürsorgekommission erneut stellen.⁴²

6) Wollen säumige Versicherte die Kasse wechseln, darf sie die bisherige Kasse erst dann aus dem Versicherungsverhältnis entlassen, wenn die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.⁴³

7) Kann das Vollstreckungsverfahren gegen Versicherte, auf welche die liechtensteinische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder Kostenbeteiligung zur Folge, kann die Kasse nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden. Das Amt für Gesundheit ist durch die Kasse von der Beendigung zu unterrichten.⁴⁴

B. Krankengeldversicherung

Art. 37

Unregelmässig beschäftigte Personen

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

2) Als unregelmässig beschäftigt gelten Arbeitnehmer, die im Jahresdurchschnitt weniger als acht Arbeitsstunden pro Woche bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind.⁴⁵

Art. 38

Kurzfristig beschäftigte Personen

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

Art. 39

Heimarbeit

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

2) Aufgehoben⁴⁶

Art. 40

Wöchnerinnen, Aufgabe der Erwerbstätigkeit

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

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

3) Der Anspruch auf das Taggeld nach Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes besteht unabhängig von einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. Ist die Versicherte vor Beginn oder nach Ablauf der Leistungsdauer von Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes arbeitsunfähig, richtet sich die Leistungspflicht der Kasse nach Art. 14 des Gesetzes.⁴⁷

Art. 41

Rentner der Invalidenversicherung und der obligatorischen Unfallversicherung

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

2) Meldet der Versicherte seine Rentenansprüche bei der Invalidenversicherung und bei der obligatorischen Unfallversicherung trotz schriftlicher Mahnung der Kasse nicht rechtzeitig an, kann diese die Auszahlung des Krankengeldes aufschieben, bis die Meldung erfolgt ist. Nach erfolgter Meldung hat die Kasse das Krankengeld während der Zeit des Aufschubs zu übernehmen.⁴⁸

Art. 42

Krankengeldversicherung bei Bezüglern von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung

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

Art. 43

Leistungspflicht für Versicherte im Ausland

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

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

Art. 44

Beginn und Ende der Versicherung

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

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

3) Ist das Krankengeld nach Art. 14 Abs. 1 des Gesetzes während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden, bleibt ein Arbeitnehmer für eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin versichert. Selbständig Erwerbstätige können eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin freiwillig versichern.⁴⁹

Art. 44a⁵⁰*Anrechenbarer Lohn*

- 1) Der Höchstbetrag des anrechenbaren Lohnes beläuft sich auf 126 000 Franken im Jahr und 345 Franken im Tag.
- 2) Unterliegt der Lohn starken Schwankungen, so wird auf einen angemessenen Durchschnittslohn pro Tag abgestellt.

III. Leistungen

Art. 45

Voraussetzungen

- 1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- 2) Die Kassen dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen als die im Gesetz und in der Verordnung umschriebenen Leistungen übernehmen.
- 3) Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung zusammenreffen, gehen die Leistungen dieser anderen Sozialversicherungen vor. Art. 87 der Verordnung vom 4. September 1990 über die obligatorische Unfallversicherung bleibt vorbehalten.

Art. 46

Leistungskommission

- 1) Eine von der Regierung eingesetzte Kommission aus Vertretern der Behörden, der Ärzte und des Krankenkassenverbandes beurteilt nach Massgabe dieser Verordnung die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Leistungskommission). Die Kommission wird vom Amt für Gesundheit geleitet. Der Amtsarzt nimmt mit beratender Stimme Einsitz.⁵¹
- 2) Sind Leistungen von Personen, die einen in Abs. 1 nicht genannten Gesundheitsberuf ausüben, von Laboratorien, von Krankentransportunternehmen oder von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu beurteilen,

nehmen die von der Regierung gewählten Vertreter dieser Berufsgruppe mit Stimmrecht Einsitz in die Kommission. Die Kommission kann Fachexperten mit beratender Stimme beiziehen.⁵²

3) Die Kommission empfiehlt der Regierung, dass bestimmte Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind oder nicht zu übernehmen sind. Die Regierung ist an die Empfehlungen der Leistungskommission nicht gebunden und sie kann ihre Verordnungs-kompetenz auch ohne eine Empfehlung der Leistungskommission wahrnehmen.⁵³

Art. 47

Leistungen von Ärzten und von Chiropraktoren⁵⁴

1) Die von Ärzten oder von Chiropraktoren erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen sind von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, wenn nicht festgestellt ist, dass die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben oder umstritten ist.⁵⁵

2) In Anhang 1 sind diejenigen ärztlichen Leistungen aufgeführt, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Prüfung durch die Leistungskommission:⁵⁶

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

3) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 1a aufgeführten Leistungen von Chiropraktoren.⁵⁷

Art. 48

Ärztliche Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

Art. 49

Zahnärztliche Leistungen

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

2) Aufgehoben⁵⁸

Art. 50

Präventivmedizinische Massnahmen

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

Art. 51

Leistungen bei Mutterschaft

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

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

Art. 52

Arzneimittel; Grundsatz⁵⁹

1) Auf die Leistungen sowie die Tarife und Preise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Arzneimittel finden unter Vorbehalt von Abs. 2 und 3 die vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassenen Arzneimittel- und Spezialitätenlisten Anwendung.⁶⁰

1a) Aufgehoben⁶¹

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

3) Die Leistungskommission kann der Regierung empfehlen, von den in der Schweiz anwendbaren Listen, Bestimmungen, Tarifen und Preisen abzuweichen. Abweichungen werden in Anhang 2a festgehalten. Die Vorschriften über die Zulassung und die Einfuhr von Heilmitteln bleiben vorbehalten.⁶²

4) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Arzneimittel, die von Ärzten oder Spitälern im Ausland abgegeben oder verschrieben werden, wenn die Behandlung im Ausland von der liechtensteinischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird und das Arzneimittel für die Sozialversicherung am Ort der Behandlung vergütungspflichtig ist.⁶³

Art. 52a

*Leistungen der Apotheker*⁶⁴

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den mit dem Preis in der Spezialitätenliste bereits abgegoltenen Leistungen die folgenden Leistungen der Apotheker: ⁶⁵

- a) Beratung bei der Ausführung einer ärztlichen oder chiropraktorischen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;⁶⁶
- b) Ausführung einer ärztlichen oder chiropraktorischen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;⁶⁷
- c) ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.⁶⁸

2) Apotheker können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen, wenn nicht der Arzt ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.⁶⁹

Art. 53

EWR-Arzneimittel

1) Für Arzneimittel aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittel), die einem Arzneimittel in der Spezialitätenliste des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (SL-Arzneimittel) bezüglich des Herstellers sowie bezüglich des Wirkstoffes oder der Wirkstoffkombination entsprechen und bezüglich der Wirkstoffkonzentration, der Darreichungsform sowie der Packungsgrösse mit dem entsprechenden SL-Arzneimittel therapeutisch gleichwertig sind, besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen.⁷⁰

2) Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird vom Amt für Gesundheit nach der Feststellung geprüft, dass die zur Genehmigung beantragten EWR-Arzneimittel den sonstigen Anforderungen entsprechen. Sind die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllt, teilt dies das Amt für Gesundheit dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (Kassenverband) mit.⁷¹

3) Der Kassenverband hat binnen 60 Tagen seit der Mitteilung zu prüfen, ob gemäss der Formel nach Abs. 4 für das EWR-Arzneimittel eine Ersatzleistung resultiert, die unter dem Preis für das entsprechende SL-Arzneimittel liegt.⁷²

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

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

6) Entspricht das EWR-Arzneimittel bezüglich Wirkstoffkonzentration oder Packungsgrösse nicht vollständig dem entsprechenden SL-Arzneimittel, ermittelt der Kassenverband im Bedarfsfall unter Berücksichtigung der Ersatzleistung für das EWR-Arzneimittel die Ersatzleistung für das SL-Arzneimittel.⁷³

7) Der Kassenverband orientiert das Amt für Gesundheit über seinen Entscheid betreffend die Ersatzleistung nach Abs. 4 bis 6, worauf das Amt für Gesundheit das Arzneimittel genehmigt. Es macht den Entscheid der Genehmigung in den amtlichen Publikationsorganen kund und aktualisiert das EWR-Arzneimittelregister.⁷⁴

8) Der Kassenverband publiziert parallel dazu die Liste der für die Krankenversicherung zugelassenen EWR-Arzneimittel mit den entsprechenden Ersatzleistungen und bringt diese (EWR-Spezialitätenliste, ESL) den Leistungserbringern, den Krankenkassen und Amtsstellen zur Kenntnis. Er aktualisiert die ESL zweimal jährlich per 1. April und per 1. Oktober. Für zwischenzeitlich genehmigte EWR-Arzneimittel gibt der Kassenverband die erforderlichen Angaben durch entsprechende Nachträge bekannt. Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird mit der Publikation wirksam.⁷⁵

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

10) Auf begründeten Einwand der Ärztekammer oder des Apothekervereins des Fürstentums Liechtenstein gegen die Gleichwertigkeit der die SL-Arzneimittel ersetzenden EWR-Arzneimittel oder gegen die festgelegte Ersatzleistung erfolgt deren Erörterung in einer eigens einzuberufenden Kommission. Im Genehmigungsverfahren ist der Einwand längstens binnen 30 Tagen nach Bekanntgabe gemäss Abs. 8 beim Amt für Gesundheit einzureichen. Bei Uneinigkeit gelangt das Verfahren gemäss Art. 28 des Gesetzes zur Anwendung.⁷⁶

Art. 54

Statistik zu den EWR-Arzneimitteln

1) Der Kassenverband erfasst den inländischen kassenpflichtigen Arzneimittelumsatz und veröffentlicht jährlich per 1. April eine Statistik, die insbesondere folgende Angaben zu den Arzneimitteln samt Kostenfolge enthält:⁷⁷

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

2) Die in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen sind zur Einhaltung und damit zur Kontrolle der Ersatzregelung gemäss Art. 52 und 53 sowie zur Bereitstellung der erforderlichen statistischen Daten des Vorjahrs jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres zu Händen des Kassenverbandes verpflichtet. Die Ärzte und die Apotheker haben den Krankenkassen mit der Rechnungsstellung die nötigen Angaben nach Abs. 1, insbesondere die Zuordnung des abgegebenen Arzneimittels zur SL bzw. zur ESL, zu liefern.⁷⁸

Art. 54a

Analysen⁷⁹

1) Auf die Leistungen und die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Analysen findet die für die schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassene Analysenliste, einschliesslich ihrer Anhänge und Erläuterungen dazu, Anwendung.⁸⁰

2) Die Regierung kann auf Empfehlung der Leistungskommission von den in der Schweiz geltenden Listen, Bestimmungen, Tarifen und Preisen abweichende Bestimmungen erlassen. Diese sind in Anhang 2b festgehalten.⁸¹

3) Die Regierung kann zur Abgeltung der ausgewiesenen Mehraufwendungen für einen Bereitschafts- und Notfalldienst von Laboratorien im Sinne von Art. 69 Abs. 1 Bst. a für die Patienten in Liechtenstein eine von der Analysenliste in der Schweiz abweichende Regelung treffen und diese

mit bestimmten Auflagen verbinden. Diese Abgeltung ist in Anhang 2b festgehalten. Auflagen an einzelne Laboratorien legt die Regierung in Form einer Verfügung fest.⁸²

Art. 55

Medizinprodukte

1) Auf die Leistungen und die Vergütung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Medizinprodukte findet die für die Schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Innern erlassene Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) Anwendung. Die einzelnen Produkte müssen nach dem Heilmittelgesetz für die Abgabe an die Versicherten zugelassen und ärztlich verordnet sein.⁸³

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

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

Art. 56

Leistungen von Hebammen

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

- a) In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
- b) Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.
- c) Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen im Sinne von Anhang 2 anordnen.

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

Art. 57

Leistungen von Physiotherapeuten⁸⁴

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

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens neun Sitzungen umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die Behandlung hat innert einem Monat seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.⁸⁵

2a) Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.⁸⁶

3) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter den gleichen Voraussetzungen und Einschränkungen wie bei den Physiotherapeuten die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne von Art. 68, welche Physiotherapeuten beschäftigen.⁸⁷

Art. 57a

Leistungen von medizinischen Masseuren⁸⁸

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von medizinischen Masseuren, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.⁸⁹

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens neun Sitzungen umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die Behandlung hat innert einem Monat seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.⁹⁰

3) Soll die medizinische Massage nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die medizinische Massage zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.⁹¹

4) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt unter den gleichen Voraussetzungen und Einschränkungen wie bei den medizinischen Masseuren die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne von Art. 68, welche medizinische Masseure beschäftigen.⁹²

Art. 58

Leistungen von Ernährungsberatern⁹³

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Ernährungsberatern, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.⁹⁴

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens sechs Sitzungen, bei einer Behandlung von Übergewicht mit Folgeerkrankungen und Adipositas gemäss Anhang 4 zwölf Sitzungen umfassen. Die Behandlung hat innert einem Monat seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.⁹⁵

3) Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die sechs oder zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.⁹⁶

Art. 59⁹⁷

Leistungen von Psychotherapeuten

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

Art. 59a

*Leistungen von Ergotherapeuten*⁹⁸

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Leistungen der Ergotherapie, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von Ergotherapeuten erbracht werden, soweit sie:

- a) der versicherten Person bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen; oder
- b) im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.⁹⁹

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens neun Sitzungen umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die Behandlung hat innert einem Monat seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.¹⁰⁰

3) Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Ergotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.¹⁰¹

Art. 59b¹⁰²*Leistungen von Logopäden*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Leistungen der Logopädie, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von Logopäden aufgrund von Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme, des Redeflusses oder des Schluckens erbracht werden, soweit die Störungen zurückzuführen sind auf:

- a) organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b) phoniatische Leiden (z.B. partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers; Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache; hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion, des Redeflusses oder des Schluckens mit infektiöser, trau-

matischer, neurogener, funktioneller oder chirurgisch-postoperativer Ursache).

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens zwölf Sitzungen, bei einer Behandlung von einer schweren Aphasie 60 einstündige Sitzungen pro Jahr, umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die Behandlung hat innert einem Monat seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.

3) Soll die logopädische Therapie - ausgenommen bei einer schweren Aphasie - nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.

Art. 60

*Leistungen bei Aufenthalt in einer Einrichtung des Gesundheitswesens*¹⁰³

1) Die Leistungen im Sinne von Art. 13 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes bei Aufenthalt in einer Einrichtung des Gesundheitswesens nach Art. 37 Abs. 1 Bst. a des Gesundheitsgesetzes richten sich nach den von der Regierung abgeschlossenen Tarifvereinbarungen.¹⁰⁴

2) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Art. 37 Abs. 1 Bst. b des Gesundheitsgesetzes und Art. 68 dieser Verordnung, mit Ausnahme der Kosten für Verpflegung und Unterkunft, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn diese Leistungen nach den Bestimmungen dieser Verordnung auch bei einer ambulanten Behandlung zu übernehmen sind.¹⁰⁵

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

4) Die Leistungen werden unter der Voraussetzung erbracht, dass der Versicherte in einer Einrichtung des Gesundheitswesens untersucht, behandelt und gepflegt wird, welche nach medizinischer Indikation seinen Bedürfnissen entspricht. Ist diese Voraussetzung nicht oder nicht mehr

erfüllt, sind die Tarife und der Leistungsumfang jenes Leistungserbringers anzuwenden, welcher nach medizinischer Indikation den Bedürfnissen des Patienten entspricht.¹⁰⁶

5) Die Kassen leisten auf Verlangen der Einrichtung des Gesundheitswesens die entsprechenden Kostengutsprachen. Diese können von den Kassen zeitlich befristet werden.¹⁰⁷

Art. 61¹⁰⁸

Leistungen bei Hauskrankenpflege

Bei ärztlich angeordneter Hauskrankenpflege gemäss Art. 13 Abs. 1 a des Gesetzes übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen für Grundpflege und Behandlungspflege einschliesslich der notwendigen Abklärung und Beratung, wenn diese von Pflegefachfrauen oder von Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Art. 82 Abs. 1 Bst. a der Gesundheitsverordnung erbracht werden.

Art. 62¹⁰⁹

Aufgehoben

Art. 63¹¹⁰

Badekuren

Die Beitragsleistung der Kassen an medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Badekuren beträgt in der Grundversicherung 10 Franken pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr. Eine Badekur muss mindestens 14 aufeinander folgende Tage dauern.

Art. 64

Krankentransporte

1) Die Leistungspflicht der Kassen zur Übernahme der Kosten für Krankentransporte ist beschränkt auf Transporte von Liechtenstein in Einrichtungen des Gesundheitswesens, mit welchen das Land Verträge abgeschlossen hat, auf Rücktransporte aus derartigen Einrichtungen, auf Transporte in die Praxis eines liechtensteinischen Arztes oder Zahnarztes und auf Rücktransporte aus derartigen Arztpraxen, vorausgesetzt, dass der Transport oder Rücktransport im zuletzt erwähnten Fall medizinisch notwendig

ist und auf ärztliche Anordnung hin erfolgt. Vorbehalten bleiben die Abs. 2 und 3.¹¹¹

2) Krankentransporte von Liechtenstein oder von einem Vertragsspital in andere als die in Abs. 1 genannten Einrichtungen sowie von einem Vertragsspital in ein anderes Vertragsspital sind nur dann versichert, wenn die Behandlung des Versicherten in einer derartigen Einrichtung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kassen haben das Recht, sich die Notwendigkeit der Behandlung in einer anderen als den in Abs. 1 genannten Einrichtungen ärztlich bestätigen zu lassen.¹¹²

3) Bei Krankentransporten vom Ausland in die in den Abs. 1 und 2 genannten Einrichtungen sowie in die in Abs. 1 genannten Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei entsprechenden Rücktransporten haben die Kassen Krankentransportkosten bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.¹¹³

4) Bei Krankentransporten im Ausland haben die Kassen Krankentransportkosten für medizinisch notwendige Transporte in die nächstliegend geeignete Einrichtung des Gesundheitswesens bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.¹¹⁴

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

6) Voraussetzung für die Übernahme der Krankentransportkosten durch die Kassen ist ferner, dass Krankentransporte durch dafür behördlich anerkannte Krankentransportunternehmen durchgeführt werden. Die im Inland dafür verwendeten Fahrzeuge müssen mit den erforderlichen und von der Landesgesundheitskommission als geeignet befundenen Einrichtungen ausgestattet sein.¹¹⁵

IV. Leistungserbringer

Art. 65

*Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren und Zahnärzte*¹¹⁶

1) Ärzte sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn:¹¹⁷

- a) ihnen das Amt für Gesundheit eine Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des Berufes gemäss dem Ärztegesetz erteilt hat;¹¹⁸
 - b) sie unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung sowie der Kriterien nach Art. 65a durch die Ärztekammer und den Kassenverband zugelassen sind; und¹¹⁹
 - c) sie mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.¹²⁰
- 2) Apotheker, Chiropraktoren und Zahnärzte sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn:¹²¹
- a) ihnen das Amt für Gesundheit eine Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung ihres Berufes gemäss dem Gesundheitsgesetz erteilt hat; und¹²²
 - b) sie mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.¹²³

Art. 65a¹²⁴

Aufgehoben

Art. 66¹²⁵

Weitere Gesundheitsberufe

1) Zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind vorbehaltlich Abs. 2 folgende weitere Gesundheitsberufe im Sinne des Gesundheitsgesetzes zugelassen:

- a) Ergotherapeut;
- b) Ernährungsberater;
- c) Hebamme;
- d) Logopäde;
- e) medizinischer Masseur;
- f) Pflegefachfrau;
- g) Physiotherapeut;
- h) Psychotherapeut.

2) Die Zulassung wird erteilt, wenn:

- a) der betreffenden Person eine Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des Berufes gemäss dem Gesundheitsgesetz erteilt worden ist; oder
- b) die betreffende Person die Voraussetzungen zur Erteilung einer Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung erfüllt, ihren Beruf

aber in einem Anstellungsverhältnis mit einem nach Gesundheitsgesetz und für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zur freiberuflichen Tätigkeit zugelassenen Leistungserbringer ausübt; und

- c) sofern erforderlich, die weiteren Voraussetzungen für die Bewilligung aufgrund einer Bedarfsplanung erfüllt sind.

3) Leistungen von Personen, welche die Voraussetzungen zur Erteilung einer Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung nach dem Gesundheitsgesetz nicht vollständig erfüllen, indem sie noch nicht über die vorgeschriebene praktische Berufserfahrung verfügen, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn die betreffende Person bei einem zur freiberuflichen Tätigkeit zugelassenen Leistungserbringer angestellt ist. Die Tarife haben für diese Personen einen tieferen Ansatz vorzusehen, als für zugelassene Leistungserbringer.

Art. 66a¹²⁶

Bedarfsplanung für Psychotherapeuten

Für die Versorgung mit den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Psychotherapeuten erstellen die entsprechenden Berufsverbände und der Kassenverband unter Berücksichtigung von Art. 16b des Gesetzes eine Bedarfsplanung.

Art. 67¹²⁷

Aufgehoben

Art. 68¹²⁸

Einrichtungen des Gesundheitswesens

Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Art. 37 Abs. 1 Bst. a und b des Gesundheitsgesetzes und Art. 82 Abs. 1 Bst. a der Gesundheitsverordnung sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie:

- a) durch das Land errichtet oder betrieben werden; oder
b) mit dem Land oder dem Kassenverband einen Vertrag gemäss Art. 16c Abs. 7 des Gesetzes abgeschlossen haben.

Art. 69

Laboratorien

1) Als Laboratorien werden zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen:¹²⁹

- a) Laboratorien unter der Leitung eines nach dem Gesundheitsgesetz zugelassenen labormedizinischen Diagnostikers mit einer Weiterbildung nach Abs. 2;¹³⁰
- b) das Praxislaboratorium eines Arztes für Analysen, die nach den Anhängen zur Analysenliste im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden dürfen;¹³¹
- c) das Laboratorium des Landesspitals für Analysen, die für den Eigenbedarf des Spitals durchgeführt werden.¹³²

2) Als Weiterbildung für labormedizinische Diagnostiker gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie, medizinischer Mikrobiologie oder medizinischer Genetik. Die Regierung entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.¹³³

3) Die Laboratorien im Sinne von Abs. 1 müssen mit dem Kassenverband Qualitätssicherungsverträge abschliessen, in welchen mindestens die für die Schweizerische Krankenpflegeversicherung geltenden Massnahmen der Qualitätssicherung übernommen werden.

Art. 70¹³⁴*Krankentransport*

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

Art. 71¹³⁵*Leistungserbringer im Ausland*

Gesundheitsberufe mit einer gleichwertigen Ausbildung sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens, Laboratorien und Unternehmungen für Krankentransporte im Ausland, die nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie ihre Leistungen erbringen, zugelassen sind, können

zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen, wenn sie:

- a) über einen Vertrag nach Art. 16d Abs. 4 des Gesetzes verfügen; oder
- b) nach Art. 18 des Gesetzes und nach Art. 74 dieser Verordnung von den Versicherten aufgesucht werden dürfen.

Art. 72¹³⁶

Heilbäder

Die Beiträge an ärztlich verordnete Badekuren werden in Heilbädern erbracht, welche:

- a) unter ärztlicher Leitung stehen;
- b) nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie sich befinden, zugelassen sind; und
- c) auf der vom Kassenverband publizierten Liste der zugelassenen Heilbäder aufgeführt sind.

Art. 72a¹³⁷

Zahlstellennummer

Die Kassen stellen mittels Zahlstellennummer die Zuordenbarkeit zu vergütender Leistungen zum Leistungserbringer sicher, wobei angestellten Leistungserbringern unter der Zahlstellennummer des freiberuflich tätigen Arbeitgebers eigene Kontrollnummern zuzuteilen sind. Aus der Zuteilung der Zahlstellen- und der Kontrollnummer resultierende Kosten können dem entsprechenden Leistungserbringer verrechnet werden.

V. Tarife

Art. 73¹³⁸

Tarifvereinbarungen mit Pflegeheimen

Der Kassenverband schliesst mit den nach dem Gesundheitsgesetz zugelassenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die der Pflege und der medizinischen Betreuung oder Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen (Pflegeheime), die Tarifvereinbarungen ab. Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung. Kommt keine Vereinbarung zustande,

erlässt die Regierung nach Anhören des Kassenverbandes und der Pflegeheime den Tarif.

Art. 73a¹³⁹

Tarife für nicht zugelassene Leistungserbringer
Aufgehoben

Art. 74

*Tarife für nicht zugelassene Leistungserbringer im In- und Ausland*¹⁴⁰

1) Müssen Leistungen aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes im In- oder Ausland von einem Leistungserbringer erbracht werden, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, haben die Kassen:

- a) im Inland die Leistungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarif zu vergüten;
- b) im Ausland die Leistungen nach der am Ort der Behandlung anwendbaren Regelung zu vergüten, höchstens aber den doppelten Betrag der nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarif übernommenen Kosten.¹⁴¹

2) Besteht für die obligatorische Krankenpflegeversicherung kein Tarif und ist die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dennoch gegeben, legt das Amt für Gesundheit auf Antrag des Krankenkassenverbandes und nach Anhören des Amtsarztes die Vergütung fest.¹⁴²

3) Weist ein zugelassener Arzt (Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes) einen Versicherten aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes einem nicht zugelassenen Leistungserbringer zu, so ist das Vorliegen des medizinischen Grundes der zuständigen Krankenkasse mit dem Formular nach Anhang 4a bekannt zu geben.¹⁴³

Art. 75

Tarifvereinbarungen für freiwillige Versicherungen

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

2) Tarifvereinbarungen für Leistungen der freiwilligen Versicherungen mit Spitälern, die nicht Vertragsspitäler sind, können von den einzelnen Kassen selbständig abgeschlossen werden. Schliesst der Kassenverband solche Vereinbarungen ab, entscheiden die einzelnen Kassen, ob sie dieser Vereinbarung beitreten wollen. Die Kassen regeln in ihren Statuten oder Reglementen die Leistungspflicht der freiwilligen Versicherungen bei Fehlen einer Vereinbarung.¹⁴⁴[—](#)

VI. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Art. 76

Rechnungsstellung

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

- a) Kalendarium der Behandlungen;
- b) erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c) Diagnosen für:
 - 1. ambulante Behandlungen unter Angabe des in Anhang 4b festgelegten Diagnosecodes; und
 - 2. stationäre Behandlungen unter Angabe des in der Tarifvereinbarung oder, bei Fehlen einer Vereinbarung, von der Regierung festgelegten Diagnosecodes.¹⁴⁵[—](#)

2) Für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommenen Leistungen ist eine gesonderte Rechnung zu stellen. Diese ist dem Versicherten direkt zuzustellen. Bei Behandlungen, die über das Ende eines Kalenderjahres fort dauern, ist jeweils für Behandlungen bis zum 31. Dezember eine gesonderte Abrechnung zu erstellen.¹⁴⁶[—](#)

Art. 77

Vorlegung der Abrechnung an die Versicherten

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

- a) Name des Leistungserbringers;

- b) Zeitperiode der Behandlung;
 - c) Kosten der ambulanten bzw. stationären Behandlung;
 - d) Kosten für allfällig verordnete Behandlungen bei Personen in anderen Gesundheitsberufen;¹⁴⁷
 - e) Medikamentkosten;
 - f) Aufgehoben¹⁴⁸
 - g) Aufgehoben¹⁴⁹
- 2) Die einzelnen Kostenpositionen sind jeweils separat anzuführen.

Art. 77a

*Kosten- und Qualitätskommission*¹⁵⁰

1) Die Kosten- und Qualitätskommission nach Art. 19b Abs. 4 des Gesetzes setzt sich zusammen aus:¹⁵¹

- a) Aufgehoben¹⁵²
- b) je einem Vertreter des Amtes für Gesundheit, des Liechtensteinischen Dachverbandes von Berufen der Gesundheitspflege, der Liechtensteinischen Ärztekammer, des Kassenverbandes und der liechtensteinischen Patientenorganisation; sowie¹⁵³
- c) mindestens einem unabhängigen Experten des Gesundheitswesens.¹⁵⁴

2) Die Kommission unterbreitet der Regierung Empfehlungen:

- a) zur Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen;
- b) zur Beurteilung der Ergebnisse und Massnahmen der zwischen den Leistungserbringern und dem Kassenverband vereinbarten Massnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur Festlegung weiterer Qualitätssicherungsmassnahmen; und
- c) zur Definition und Beurteilung der notwendigen Daten und Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.¹⁵⁵

3) Die Kommission konstituiert sich selbst und erlässt ein Geschäftsreglement, das von der Regierung zu genehmigen ist.¹⁵⁶

4) Die betroffenen Verbände sind berechtigt, der Regierung Vorschläge für die Ernennung ihrer Vertreter nach Abs. 1 zu unterbreiten.¹⁵⁷

VII. Finanzierung

A. Beiträge und Kostenbeteiligung

Art. 78

Beiträge der Versicherten

1) Die Kassen haben jede Änderung der Beiträge der Versicherten spätestens zwei Monate vor dem Inkrafttreten dem Amt für Gesundheit zur Kenntnis zu bringen. Teilt die Aufsichtsbehörde der Kasse innerhalb eines Monats seit dem Eingang der Meldung nicht mit, dass sie die Änderung der Beiträge gestützt auf Art. 4a Abs. 4 des Gesetzes ablehnt, kann die Kasse die Änderung in Kraft setzen.¹⁵⁸

2) Das Amt für Gesundheit kann eine Kasse jederzeit auffordern, die Beiträge der Versicherten zu ändern, wenn diese nicht mehr den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen, insbesondere wenn die finanzielle Sicherheit der Kasse gefährdet ist. Es teilt der Kasse gleichzeitig mit, auf welchen Zeitpunkt die Beiträge zu ändern sind. Die Aufforderung muss in der Regel spätestens vier Monate vor dem Zeitpunkt der verlangten Änderung erfolgen. Die Aufsichtsbehörde kann von der Kasse alle für die Prämienkalkulation erforderlichen Unterlagen verlangen.¹⁵⁹

Art. 79

Arbeitgeberbeiträge

1) Das Amt für Gesundheit bestimmt jeweils im Dezember gestützt auf die per 1. Januar des kommenden Jahres geltenden Beiträge der Versicherten den Landesdurchschnitt der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend sind die Prämien der Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und der obligatorischen Kostenbeteiligung nach Art. 23 des Gesetzes. Die Gewichtung der Prämien der einzelnen Kassen erfolgt nach dem Gesamtbestand an Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.¹⁶⁰

2) Der Arbeitgeberbeitrag entspricht der Hälfte des Landesdurchschnitts der Prämien. Er bleibt in der Regel für das ganze Kalenderjahr unverändert. Bei Prämienerrhöhungen innerhalb eines Kalenderjahres, die einen erheblichen Einfluss auf den Landesdurchschnitt der Prämien haben, kann das Amt für Gesundheit eine neue Berechnung des Landesdurchschnitts und des Arbeitgeberbeitrages vornehmen.¹⁶¹

Art. 80

Kollektivversicherung

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

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

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

Art. 81¹⁶²*Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke*

1) Versicherte, die wegen regelmässig wiederkehrenden oder ohne wesentlichen Unterbruch andauernden Behandlungen hohe Jahreskosten verursachen, können von der Entrichtung der Kostenbeteiligung befreit werden. Die Indikationen für die Befreiung von der Kostenbeteiligung werden in Anhang 5 festgelegt.

2) Der Antrag auf Befreiung von der Kostenbeteiligung ist vom Versicherten schriftlich bei der Kasse einzureichen. Bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen gewährt die Kasse die Befreiung von der Kostenbeteiligung rückwirkend auf den Zeitpunkt des Eingangs des Antrags.

Art. 81a

Erhöhung der Kostenbeteiligung bei bestimmten Originalarzneimitteln¹⁶³

1) Der Selbstbehalt beträgt 20 % der die Franchise übersteigenden Kosten bei Originalarzneimitteln, wenn in der Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1) damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreise mindestens 20 % tiefer sind als der Höchstpreis des entsprechenden Originalarzneimittels.¹⁶⁴

2) Verschreibt der Arzt beziehungsweise der Chiropraktor aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalarzneimittel, kommt Abs. 1 nicht zur Anwendung.¹⁶⁵

3) Der Arzt beziehungsweise der Chiropraktor informiert den Patienten, wenn in der Spezialitätenliste mindestens ein mit dem Originalarzneimittel austauschbares Generikum aufgeführt ist.¹⁶⁶

4) Das Amt für Gesundheit kann die Kassen und alle Leistungserbringer anweisen, wie die Umsetzung der Selbstbehaltsregelung zu erfolgen hat.¹⁶⁷

Art. 82

Freiwillige Kostenbeteiligung

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

Art. 83¹⁶⁸

Umstufung der Altersgruppen für Beiträge und Kostenbeteiligungen

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

B. Staatsbeiträge

Art. 84

Staatsbeiträge für Kinder¹⁶⁹

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

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

Art. 85

Staatsbeiträge für die übrigen Versicherten

1) Die Kassen übergeben dem Amt für Gesundheit bis zum 31. Januar des folgenden Jahres die nötigen Angaben zur Berechnung der Staatsbeiträge nach Art. 24a Abs. 2 des Gesetzes. Das Amt für Gesundheit teilt den Kassen vorgängig mit, ab welchem Betrag der jährlichen Krankenpflegekosten eines Versicherten die Angaben zu liefern sind.¹⁷⁰

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

3) Die Kassen liefern ihre Angaben auf einem vom Amt für Gesundheit herausgegebenen Formular und auf einem mit dem Amt für Gesundheit vereinbarten elektronischen Datenträger. Die Angaben zu den einzelnen Versicherten sind in anonymisierter Form zu liefern, sie müssen den Jahrgang und das Geschlecht enthalten. Die Revisionsstelle der Kasse bestätigt die Richtigkeit der Angaben der Kasse. Das Amt für Gesundheit kann eine Überprüfung der Angaben veranlassen oder selber vornehmen.¹⁷¹

Art. 86¹⁷²*Staatsbeiträge im Hausarztsystem*

Aufgehoben

Art. 87

Abrechnung und Auszahlung der Staatsbeiträge

1) Das Amt für Gesundheit teilt den Kassen bis zum 31. März die Abrechnung der Staatsbeiträge je Versicherten nach Art. 24a Abs. 2 des Gesetzes mit. Die Kassen berücksichtigen diese Angaben für die Berechnung des Risikoausgleichs.¹⁷³

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

3) Die Kassen können beim Amt für Gesundheit gestützt auf die Abrechnung des Vorjahres die Auszahlung einer Akontozahlung für die Staatsbeiträge beantragen. Die Akontozahlung beträgt in der Regel 90 % des Staatsbeitrages des letzten definitiv abgerechneten Ergebnisses. Sie erfolgt in der Regel bis zum 31. März.¹⁷⁴

C. Beiträge an einkommensschwache Versicherte¹⁷⁵

Art. 88

Massgebende Verhältnisse

1) Der steuerpflichtige Erwerb richtet sich unter Vorbehalt von Art. 92 Abs. 2 nach der rechtskräftigen Steuerveranlagung des Vorjahres, für welches die Subvention beansprucht wird. Für die familiären Verhältnisse sind die der Steuerveranlagung zugrunde liegenden Sachverhalte massgebend.

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

3) Der Subventionsanspruch richtet sich nach der Höhe des Prämienanteils am 1. Januar des Jahres, für welches die Subvention beansprucht wird. Ändert sich die Höhe des Prämienanteils der Versicherten im Laufe eines Kalenderjahres um mehr als 20 %, ist der Anspruch auf Prämienverbilligung neu festzulegen.¹⁷⁶

Art. 89

Beiträge an Versicherte mit Wohnsitz im Ausland

1) Der Anspruch auf Beiträge an einkommensschwache Versicherte mit Wohnsitz im Ausland richtet sich nach den Erwerbsgrenzen gemäss Art. 24b Abs. 2 des Gesetzes.¹⁷⁷

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

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

Art. 90

Frist zur Einreichung des Antrages

1) Die Versicherten reichen den Antrag auf Prämienverbilligung auf dem amtlichen Formular bei der Gemeindeverwaltung der Wohn- bzw.

Erwerbsgemeinde ein. Bei einer Steuerpflicht im Ausland ist der Antrag beim Amt für Gesundheit zusammen mit einer Bescheinigung über die ausländische Steuerveranlagung einzureichen.¹⁷⁸

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

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

Art. 91

Mitwirkung der Gemeinden

1) Die Gemeinden leiten die eingegangenen Gesuche mit einer Erwerbsbescheinigung an das Amt für Gesundheit weiter, sobald sie über die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres verfügen.¹⁷⁹

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

Art. 92

Beurteilung der Anträge

1) Das Amt für Gesundheit entscheidet über den Anspruch auf Prämienverbilligung nach dem Vorliegen der rechtskräftigen Steuerveranlagung des Vorjahres und stellt die Koordination mit den AHV/IV-Anstalten sicher.¹⁸⁰

2) Liegt die rechtskräftige Steuerveranlagung des Vorjahres bis zum Jahresende nicht vor, kann das Amt für Gesundheit das Vorliegen des Subventionsanspruches gestützt auf die letzte rechtskräftige Steuerveranlagung beurteilen. Es kann nach Rücksprache mit der Steuer- bzw. Gemeindeverwaltung auch die letzte eingereichte, aber noch nicht rechtskräftige Steuererklärung mitberücksichtigen.¹⁸¹

Art. 93¹⁸²*Eröffnung des Entscheides*

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

Art. 94

Auszahlung der Beiträge

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

2) Zur Sicherstellung der zweckmässigen Verwendung der Prämienbeiträge kann beim Amt für Gesundheit die Auszahlung an einen Dritten beantragt werden. Die Drittauszahlung kann beantragt werden von:¹⁸³

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

Art. 95

Rückforderung

1) Prämienbeiträge, die zu Unrecht ausbezahlt worden sind, sind vom Amt für Gesundheit bei den Personen, Amtsstellen oder Institutionen zurückzufordern, die sie bezogen haben.¹⁸⁴

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

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

A. Risikoausgleich

Art. 96

Risikoausgleich im Jahre 2001 und 2002

1) Das erste Ausgleichsjahr für den Risikoausgleich ist das Jahr 2001. Die Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis Ende April 2000 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 1999 für eine erste Schätzung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern.¹⁸⁵

2) Das Amt für Gesundheit teilt den Kassen das Ergebnis der Schätzung für das Jahr 2001 bis Ende Juni 2000 mit. Die Kassen verwenden diese Schätzung für die Berechnung der Prämien im Jahr 2001.¹⁸⁶

3) Die Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis Ende April 2001 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 2000 für die provisorische Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern. Das Amt für Gesundheit teilt den Kassen bis Ende Juni 2001 das Ergebnis der provisorischen Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 mit.¹⁸⁷

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

a) Risikoabgaben der Kassen bis zum 15. August 2001;

b) Ausgleichsbeiträge an die Kassen bis zum 15. September 2001.

5) Die Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis Ende April 2002 die Versichertenbestände und Kosten des Jahres 2001 für die definitive Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2001 zu liefern. Diese Angaben bilden gleichzeitig die Grundlage für die provisorische Berechnung des Risikoausgleichs für das Jahr 2002. Das Amt für Gesundheit teilt den Kassen bis Ende Juni 2001 das Ergebnis der Berechnung mit.¹⁸⁸

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

B. Hausarztssystem

Art. 97¹⁸⁹

Aufnahme in den Hausärzterverein

Aufgehoben

C. Qualitätssicherung

Art. 98

Abschluss von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung

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

Art. 99

Fehlen von Tarifvereinbarungen

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

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

D. Aufsicht über die Kassen

Art. 100¹⁹⁰

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

2) Kassen, welche in der Jahresrechnung 2000 die Mindestreserven nach Art. 4 Abs. 4 nicht ausweisen können, haben dem Amt für Gesundheit gleichzeitig mit der Einreichung der Jahresrechnung 2000 einen Finanzierungsplan zur Äufnung der Reserven vorzulegen. Die Mindestreserven

müssen spätestens in der Jahresrechnung 2002 erreicht sein. Das Amt für Gesundheit kann gestützt auf den Finanzierungsplan einer Kasse eine längere Frist bewilligen.

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

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

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

E. Staatsbeiträge

Art. 101¹⁹¹

Akontozahlungen in den Jahren 2000 und 2001

Aufgehoben

F. Aufhebung bisherigen Rechts, Inkrafttreten

Art. 102

Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a) Verordnung vom 16. August 1989 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL 1989 Nr. 52;
- b) Verordnung vom 14. November 1995 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL 1995 Nr. 213;
- c) Kundmachung vom 19. Dezember 1995 über die Berichtigung des Landesgesetzblattes 1995 Nr. 213, LGBL 1996 Nr. 4;
- d) Verordnung vom 13. August 1996 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL 1996 Nr. 129;

- e) Verordnung vom 9. Dezember 1998 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1998 Nr. 220.

Art. 103

Inkrafttreten

- 1) Diese Verordnung tritt, unter Vorbehalt von Abs. 2, am 1. April 2000 in Kraft.
- 2) Die Art. 18 bis 31 sowie Art. 85 und 87 treten am 1. Januar 2001 in Kraft.

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

Anhang 1¹⁹²

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

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

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

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

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

1 Chirurgie

1.1 Allgemein

1.2 Transplantationschirurgie

1.3 Orthopädie, Traumatologie

1.4 Urologie und Proktologie

2 Innere Medizin

2.1 Allgemein

2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin

2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie

2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie

2.5 Krebsbehandlung

3 Gynäkologie, Geburtshilfe

4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie

5 Dermatologie

6 Ophthalmologie

7 Oto-Rhino-Laryngologie

8 Psychiatrie

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

9.2 Andere bildgebende Verfahren

9.3 Interventionelle Radiologie

10 Komplementärmedizin

11 Rehabilitation

12 Zahnmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.4.2000
Endoprothesen	Ja		1.4.2000
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind.	1.9.2006

Operationen am schlagenden Herzen		Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: schwer verkalkte Aorta Nierenversagen chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen hohes Alter (über 70-75 Jahre) Kontraindikationen: tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (>1,5 mm) Gefäße peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Amputation	1.4.2000
Eigenbluttransfusion	Ja		1.4.2000
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	a) Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin. b) Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c) Der Patient oder die Patientin hat einen Bodymass Index (BMI) von mehr als 40. d) Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e) Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter. f) Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein inter-disziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). g) Das Spital muss ein Evaluationsregister führen.	1.4.2000
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		1.4.2000
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein		1.9.2006

Endolasertherapie von Varizen Nein

1.9.2006

1.2 Transplantationschirurgie

Isolierte Nierentransplantation Ja

Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.

1.4.2000

Isolierte Herztransplantation Ja

Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.

1.4.2000

Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation Ja

Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung.

1.9.2006

Herz-Lungen-Transplantation Nein

1.4.2000

Isolierte Lebertransplantation Ja

Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr)

1.4.2000

Lebend-Lebertransplantation Ja

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.
Eingeschlossen sind die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.

1.9.2006

Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation Ja

1.4.2000

Isolierte Pankreas-Transplantation (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas After Kidney)	Nein		1.4.2000
Allotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein		1.9.2006
Autotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein		1.9.2006
Isolierte Dünndarm-transplantation	Nein		1.9.2006
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Nein		1.9.2006
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
Allogene Transplantation mit zweischichtigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Nein		1.4.2000
Autologes Epidermis-Äquivalent aus Zweischritt-Verfahren	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. Zur Behandlung therapierefraktärer venöser oder arterio-venöser Ulcera cruris nach erfolgloser konservativer Therapie, d.h. bei indizierter Eigenhauttransplantation oder nach deren Versagen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.9.2006

1.3 Orthopädie, Traumatologie

Behandlung von Hal- tungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeu- tischem Charakter, d.h., wenn durch Rönt- genaufnahmen feststellbare Strukturverän- derungen oder Fehlbildungen der Wirbel- säule manifest geworden sind. Prophylakti- sche Massnahmen, die zum Ziel haben, dro- hende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künst- lichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.4.2000
Extrakorporale Stoss- wellentherapie (ESWT) am Bewe- gungsapparat	Nein		1.4.2000
Radiale Stosswellen- therapie	Nein		1.9.2006
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.4.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen- Defekten	Nein		1.9.2006
Autologe Chondrozy- tentransplantation	Nein		1.9.2006

Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung	Ja	Patienten und Patientinnen mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsformen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung.	1.9.2006
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss	1.9.2006
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.9.2006
Laser-Meniscectomie	Nein		1.9.2006

1.4 Urologie und Proktologie

Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen	1.4.2000
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a) bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b) bei Harnsteinen des Nierenkelches, c) bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	1.4.2000
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
- Penisprothese	Nein		1.4.2000

- Revaskularisations- chirurgie	Nein		1.4.2000
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz	1.4.2000
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.4.2000
Embolisationsbehand- lung bei Varikozele testis			
- mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.4.2000
- mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.4.2000
Transurethrale ultra- schallgesteuerte laser- induzierte Prostatak- tomie	Nein		1.4.2000
Hochenergie Transu- rethrale Mikrowellen- therapie (HE-TUMT)	Nein		1.9.2006
Elektrische Neuromo- dulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. An einer anerkannten Institution mit uro- dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluations- test (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.9.2006
Elektrische Neuromo- dulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri-	1.9.2006

pereren Nerven-Evaluation (PNE-Test).
Nach erfolgloser Behandlung (inklusive
Rehabilitation). Nach einem positiven peri-
pheren Nerven-Evaluationstest (PNE).
Einheitliches Evaluationsdesign mit
Mengen- und Kostenstatistik.

2 Innere Medizin

2.1 Allgemein

Ozon-Injektions-the- rapie	Nein		1.4.2000
Hyperbare Sauer- stofftherapie	Ja	Bei: - chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden - Osteomyelitis am Kiefer - chronischer Osteomyelitis - Dekoppressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist	1.4.2000
Frischzellentherapie	Nein		1.4.2000
Serocytotherapie	Nein		1.4.2000
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten oder Patien- tinnen.	1.4.2000
Behandlung der Adi- positas	Ja	- bei Übergewicht von 20 % oder mehr - bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsre- duktion günstig beeinflusst werden kann	1.4.2000
- durch Amphetamin- derivate	Nein		1.4.2000
- durch Schilddrüsen- hormon	Nein		1.4.2000
- durch Diuretika	Nein		1.4.2000
- durch Chorion- Gonadotropin- Injek- tionen	Nein		1.4.2000
Hämodialyse ("künst- liche Niere")	Ja		1.4.2000

Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		1.4.2000
Peritonealdialyse	Ja		1.4.2000
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.4.2000
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Nein		1.9.2006
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.4.2000
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: - Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin. - Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. - Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach vertrauensärztlicher Rücksprache, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung.	1.4.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.4.2000
Plasmapherese	Ja	Indikationen: - Hyperviskositätssyndrom - Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: - myastenia gravis - thrombotisch trombozytopenische Purpura - immunhämolytische Anämie - Leukämie - Goodpasture-Syndrom - Guillain-Barré-Syndrom - akute Vergiftungen - familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	1.4.2000
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	1.4.2000

	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.4.2000
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation			
- autolog	Ja	- bei Lymphomen - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei akuter myeloischer Leukämie	1.4.2000
	Ja	- Beim multiplen Myelom	1.9.2006
	Ja	- Bei myelodysplastischen Syndromen - Beim Neuroblastom - Beim Medulloblastom - Bei der chronisch myeloischen Leukämie - Beim Mammakarzinom - Beim Keimzelltumor - Beim Ovarialkarzinom - Beim Ewing-Sarkom - Bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor - Beim Rhabdomyosarkom - Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom - Bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter	1.9.2006
	Nein	- Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie - Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie - Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen - Bei kongenitalen Erkrankungen	1.4.2000
	Nein	- Bei Autoimmunerkrankungen	1.9.2006
- allogene	Ja	- Bei akuter myeloischer Leukämie - Bei akuter lymphatischer Leukämie - Bei der chronischen myeloischen Leukämie - Beim myelodysplastischen Syndrom - Bei der aplastischen Anämie - Bei Immundefekten und Inborn errors - Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender) - Beim multiplen Myelom	1.4.2000

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

		- 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.	
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom Durchführung durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie.	1.9.2006
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.4.2000
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften.	1.4.2000
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Fachgesellschaften.	1.4.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren.	1.4.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja	Die Vergütung des Harnstoffes (13C) richtet sich nach der Spezialitätenliste (SL); die Vergütung der Analyse richtet sich nach der Analysenliste (AL).	1.4.2000
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.9.2006
Photodynamische Behandlung mit Metyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellulären Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellulären Karzinomen.	1.9.2006
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	1.9.2006

- Blutungen unbekannter Ursache
 - chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms
 - nach vorgängig durch geführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie.
- Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.

2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin

Sauerstoff-Insufflation	Nein		1.4.2000
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		1.4.2000
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	1.4.2000
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.9.2006
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		1.4.2000
Implantation eines Defibrillators	Ja		1.4.2000
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.4.2000
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.4.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen:	1.9.2006

machers, Implantation
und Aggregatwechsel

- Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurffraktion 35 % trotz adäquater medikamentöser Therapie

- Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf = 130 Millisekunden

Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.

Ambulantes Therapie-
programm der Sekun-
därprophylaxe nach
koronaren Ereignissen

Ja

Die Behandlung muss durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin in Zusammenarbeit mit einem Kardiologen oder einer Kardiologin für die Dauer von einem Jahr verordnet sein und sollte regelmässig einmal in der Woche stattfinden.

1.1.2005

Intrakoronare
Brachytherapie

Nein

1.9.2006

Implantation von
beschichteten Koro-
narstents

Ja

1.9.2006

2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie

Massagen bei Läh-
mungen infolge
Erkrankung des Zen-
tralnervensystems

Ja

1.4.2000

Visuelle evozierte
Potenziale als Gegen-
stand neurologischer
Spezialuntersu-
chungen

Ja

1.4.2000

Elektrostimulation des
Rückenmarks durch
die Implantation eines
Neurostimulations-
systems

Ja

Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom Schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattge-

1.4.2000

		funden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	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 chronischer zervikaler Dys-tonie/Torticollis spasticus nach fehlendem Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung und einer Injektionstherapie (und nachdem eine neuropsychologische Abklärung stattgefunden hat). Vor der Behandlung ist eine Kostengutsprache der zuständigen Krankenkasse und das Einverständnis des Vertrauensarztes der jeweiligen Krankenkasse einzuholen. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zu Pflichtleistung.	1.4.2000 1.9.2009
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
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung, Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.9.2006
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet ihm der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen:	1.4.2000

- der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS an der zu behandelnden Person erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben
- der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben
- Die Indikation ist insbesondere gegeben bei:
 - Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationstümpfen
 - Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können wie z.B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome
 - Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation

Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.4.2000
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.4.2000
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie.	1.4.2000
Resektive kurative "Herdchirurgie" der Epilepsie	Ja	Indikation: - Nachweis des Vorliegens einer "Herdepilepsie"	1.4.2000

		- Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden - Nachgewiesene Pharmakotherapieresistenz - Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative "Herdchirurgie" nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird. Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt. Führung eines Evaluationsregisters	1.4.2000
- Balkendurchtrennung			
- Selektive Amygdalohippokampektomie			
- Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler			
- Vagusstimulation			
Laser-Diskushernienoperation bzw. Laser-diskusdekompression	Nein		1.4.2000
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.9.2006
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.4.2000
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.9.2006
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. - Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewie-	1.9.2006

		sene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule - nach Misserfolg einer hinteren Spondylo- dese mit Pedikelschraubensystem	
Bandscheiben-Pro- thesen	Ja	Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos - Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. - Degeneration von maximal 2 Segmenten - minimale Degeneration der Nachbarsegmente - keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) - keine primäre segmentale Kyphose (HWS) - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen	1.9.2006

2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie

Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Synoviorthese	Ja		1.4.2000
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.9.2006

2.5 Krebsbehandlung

Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		1.4.2000
---	----	--	----------

Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.4.2000
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.9.2006
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit - Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); - Fernmetastaser	1.9.2006
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.4.2000
Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Ja	Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und - einer Lebenserwartung > 5 Jahre - einem Prostatavolumen < 60 ccm - keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Führung eines Evaluationsregisters.	1.9.2006
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Anhang 2 für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft	1.4.2000
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner homologer Insemination bei einer zervikal bedingten Sterilität. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.4.2000

In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.2000
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		1.4.2000
Sterilisation:			
- bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	1.4.2000
- beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.4.2000
Laser bei Cervix-Carcinom in situ	Ja		1.4.2000
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause	1.4.2000
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Nein		1.9.2006
Papanicolaou-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms	Ja		1.9.2006
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath	Ja		1.9.2006

Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening	Nein		1.9.2006
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammatome, ABBI, Siteselect)	Ja	Führung eines Evaluationsregisters	1.9.2006
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	Das Implantat Reemex(r) ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.9.2006
Schwangerschaftsabbruch	Ja	Legal der Abbruch der Schwangerschaft nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs. Übernahme der Kosten für Gutachten zur Rechtfertigung des Eingriffs bis zur Höhe von maximal 250 Franken.	1.1.2002
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Malt therapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	1.4.2000
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.4.2000
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	1.4.2000
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		1.4.2000
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer SIDS-Abklärungsstelle.	1.4.2000
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen	Ja	Im Alter von 0 - 6 Wochen, durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.9.2006
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.9.2006

5 Dermatologie

PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		1.4.2000
--	----	--	----------

Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt	1.4.2000
--	----	--	----------

Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	1.4.2000
---	----	---	----------

Laser bei:

- Naevus teleangiectaticus	Ja		1.9.2006
----------------------------	----	--	----------

- Condylomata acuminata	Ja		1.9.2006
-------------------------	----	--	----------

- Aknenarben	Nein		1.9.2006
--------------	------	--	----------

- Keloid	Nein		1.9.2006
----------	------	--	----------

Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.4.2000
-----------------------------	------	--	----------

Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
--------------------------------	------	--	----------

6 Ophthalmologie

Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	1.4.2000
-----------	----	---	----------

Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		1.4.2000
---	----	--	----------

Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		1.4.2000
--	----	--	----------

Laser bei:

- diabetischer Retinopathie	Ja		1.4.2000
- Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.4.2000
- Kapsulotomie	Ja		1.4.2000
- Trabekulotomie	Ja		1.4.2000
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur	Nein		1.4.2000
Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur	Nein		1.4.2000
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich, wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.9.2006
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration	1.9.2006
	Ja	- Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration - Pathologische Myopie Führung eines einheitlichen Evaluationsregisters mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.9.2006

Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.9.2006
--	------	--	----------

Dilatation von Tränenangstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	- Mit oder ohne Stent-Einlage - Ausführung durch interventionelle Radiologen und Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung	1.9.2006
---	----	--	----------

Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: - Zur Therapiekontrolle bei schwer behandelbarem Glaukom, zur Evaluation vor chirurgischem Eingriff - Evaluation vor retinalen Eingriffen Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff durchgeführt werden soll	1.9.2006
--------------------------------	----	--	----------

7 Oto-Rhino-Laryngologie

Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt wird.	1.9.2006
----------------------	----	--	----------

Ultraschallvibrationsaerosole	Ja		1.4.2000
-------------------------------	----	--	----------

Behandlung mit "Elektronischem Ohr" nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		1.4.2000
--	------	--	----------

Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
---------------	----	--	----------

Laser bei:

- Papillomatose der Atemwege	Ja		1.4.2000
------------------------------	----	--	----------

- Zungenresektion	Ja		1.4.2000
-------------------	----	--	----------

Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und späterraubten Erwachsenen. Das Hör-	1.4.2000
---	----	--	----------

training ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.

Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: - chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang - Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr - Intoleranz eines Luftleitungsgerätes - Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.4.2000
Implantation des Mittel-Ohrimplantat-systems Typ "Vibrant Soundbridge" zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.9.2006
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.4.2000
Speichelsteinlithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr)	1.9.2006

8 Psychiatrie

Behandlung von Rauschgiftsüchtigen

- ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schwerem Selbstverschulden.	1.4.2000
- stationär	Ja		1.4.2000
Methadonbehandlung	Ja	Die Leistungspflicht für die methadonunterstützte Behandlung Heroinabhängiger besteht nur mit gültigem Verhandlungsvertrag.	1.4.2000
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.9.2006

Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.4.2000
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.4.2000
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Art. 48 KVV	1.4.2000
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	1.4.2000
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin oder unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt	1.4.2000
Psychodrama	Ja	Gemäss Art. 48 KVV	1.4.2000
Therapiekontrolle durch Video	Nein		1.4.2000
Musiktherapie	Nein		1.4.2000

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening)	1.4.2000
Knochendensitometrie			
- mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	- bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma	1.4.2000
		- bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus	1.4.2000
		- gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	1.4.2000
		- primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht)	1.4.2000

		- Osteogenesis imperfecta	1.4.2000
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.4.2000
- mit Ganzkörper Scanner	Nein		1.4.2000
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.9.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.9.2006
Knochenanalytische Methoden:			
- Knochen resorptionsmarker	Nein		1.9.2006
- Knochenformationsmarker	Nein		1.9.2006
Digitale Volumentomographie	Ja	Nur alternativ zur Computertomographie	1.5.2007

9.2 Andere bildgebende Verfahren

Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.4.2000
Positron-Emissionstomographie (PET)	Ja	1. Bei folgenden Indikationen: a) in der Kardiologie: - bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf "hibernating myocardium" vor einer Intervention (PTCA/CABG) - zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefäßerkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkulationsstörung - präoperativ vor einer Herztransplantation. b) in der Onkologie:	1.9.2006

- bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik
 - Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom
 - beim Keimzellentumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnostik nach Therapie
 - beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z. B. Tumormarkererhöhung); Diagnostik zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnostik nach Therapie
 - beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnostik von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen
 - bei gastro-oesophagealen Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik
 - bei HNO-Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik
- c) in der Neurologie:
- präoperativ bei Hirntumoren.
 - präoperativ vor einer aufwendigen Revascularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie
 - Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 80 Jahre sind
 - bei therapieresistenter fokaler Epilepsie
2. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen
3. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik

Magnet-Enzephalographie	Nein		1.9.2006
-------------------------	------	--	----------

9.3 Interventionelle Radiologie

Pionier-Strahlentherapie	Nein		1.4.2000
--------------------------	------	--	----------

Protonen-Strahlentherapie	Ja	Bei intraokulären Melanomen.	1.9.2006
---------------------------	----	------------------------------	----------

Protonen-Strahlentherapie	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. Indikationen:	1.9.2006
---------------------------	----	--	----------

		- Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithel-karzinome, Adenokarzinome, Adenoidcystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z. B. Paragangliome oder Hämangiopericytome) - Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) - Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) - Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie: - Gantry - Moderne Strahlenapplikation (z. B. Spot-scanning, IMPT) - Protonenbeschleuniger - Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen - Strahlenschutz, Strahlenüberwachung - TechniksUPPORT - Speziell ausgebildetes Personal (Ärzte und Ärztinnen, Physiker und Physikerinnen, nichtakademisches Personal) - Führung eines Evaluationsregisters	
Radiochirurgie LINAC, Gamma-Knife	Ja	Indikationen:	1.4.2000
		- Akustikusneurinome - Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen - nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome - arterio-venöse Missbildungen - Meningeome	1.4.2000
	Nein	- Bei funktionellen Störungen	1.4.2000
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	- bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durch-	1.9.2006

messer 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 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist

Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	- bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und 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 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist	1.9.2006
--------------------------------	------	--	----------

10 Komplementärmedizin

Akupunktur	Ja	Durch Ärzte oder Ärztinnen, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Fachgesellschaften anerkannt ist.	1.4.2000
Anthroposophische Medizin	Nein		1.9.2006
Chinesische Medizin	Nein		1.9.2006
Homöopathie	Nein		1.9.2006
Neuraltherapie	Nein		1.9.2006
Phytotherapie	Nein		1.9.2006

11. Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung.	1.9.2006
---------------------------	----	---	----------

Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauf Erkrankungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher Bewilligung. - Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA - Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation - Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen - Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren - Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung - Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion - Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen: - erhöhtes kardiales Risiko - verminderte Leistung des Myokards - Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.	1.4.2000
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenerkrankungen. Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und	1.9.2006

mit ausdrücklicher vertrauensärztlicher
Bewilligung.

12 Zahnmedizin

12.1 Erkrankungen des Kausystems

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

a) Erkrankungen der Zähne:

1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z.B. Abszess, Zyste);

b) Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):

1. Präpubertäre Parodontitis,
2. Juvenile, progressive Parodontitis,
3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;

c) Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:

1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und 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.

12.2 Allgemeinerkrankungen

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

- a) Erkrankungen des Blutsystems:
 1. Neutropenie, Agranulozytose,
 2. Schwere aplastische Anämie,
 3. Leukämien,
 4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
 5. Hämorrhagische Diathesen;
- b) Stoffwechselerkrankungen:
 1. Akromegalie,
 2. Hyperparathyreoidismus,
 3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
 4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);
- c) Weitere Erkrankungen:
 1. Chronische 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.

12.3 Zahnherdbehandlung

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

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

Anhang 1a¹⁹³

(Art. 47 Abs. 3)

**Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
für bestimmte chiropraktische Leistungen**

Folgende von Chiropraktoren verordnete Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung und Behandlung dienende Mittel und Gegenstände sowie bildgebende Verfahren werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen:

- a) Analysen, die gemäss Analysenliste (Art. 54a Abs. 1) von Chiropraktoren veranlasst werden können;
- b) pharmazeutische Spezialitäten der therapeutischen Gruppen 01.01. (Analgetica) und 07.10. (Arthritis und rheumatische Krankheiten) der Spezialitätenliste, soweit die zuständige schweizerische Prüfstelle für diese Spezialitäten als Verkaufsart eine Abgabe durch Apotheken ohne ärztliches Rezept (C) oder eine Abgabe durch Apotheken und Drogerien (D) bestimmt hat;
- c) Produkte der Gruppe 05. (Bandagen Nr. 05.01 bis 05.14) und Produkte der Gruppe 34. (Verbandsmaterial der Liste der Mittel und Gegenstände für die Anwendung an der Wirbelsäule);
- d) Röntgen des Skelettes, Computertomographie (CT) des Skelettes, Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes und Szintigrafie des Skelettes.

Anhang 2¹⁹⁴

(Art. 50 und 51 Bst. a)

Präventivmedizinische Massnahmen und Untersuchungsprogramme

1. Präventivmedizinische Massnahmen (Art. 50)

1.1 Als präventivmedizinische Massnahmen, die der Krankenpflege gleichgestellt werden, gelten:

- a) Schutzimpfungen, ausgenommen die gesetzlich angeordneten, vom Staat bezahlten Schutzimpfungen;
- b) Vorsorge- und Nachuntersuchungen.

1.2 Als Vorsorge- und Nachuntersuchungen gelten:

- a) Untersuchungen von Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten und Gebrechen, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Masse gefährden;
- b) Untersuchungen von Erwachsenen ab dem 17. Lebensjahr.

1.3 Personen 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.

1.4 Zu den Vorsorgeuntersuchungen, welche die im Lande konzessionierten Ärzte durchführen, werden Personen eingeladen, die im Lande Wohnsitz haben und einer im Lande anerkannten Krankenkasse angehören.

2. Präventivmedizinische Untersuchungsprogramme (Art. 50)

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

- a) Anamnese (alle Altersgruppen):
 - familiäres Risiko;
 - subjektive Beschwerden und ärztliche Behandlung;
 - Drogen;
 - Medikamente;
 - Allergien;

- Lebensgewohnheiten: Alkohol, Ernährung, Psyche, Rauchen, Sport;
 - Hautkrebs;
 - Augen/Glaukom (ab 65 Jahren);
 - Blut im Stuhl (ab 50 Jahren);
 - Beratung Prostata-Abklärung (ab 50 Jahren);
 - Impfstatus, insbesondere bei Frauen hinsichtlich Röteln;
 - Sehvermögen/Bildschirmarbeitsplatz;
 - Blutzucker;
 - Herz/Cholesterin;
 - Blutdruck;
 - Hören;
 - Zahnfleisch/Zähne;
 - Unfälle;
 - Operationen;
- b) Laborwerte:
- Blutzucker, Gesamt-Cholesterin, HDL-Cholesterin, ab 50 Jahren: Benzindinprobe auf okkultes Blut im Stuhl;
- c) Befunde (alle Altersgruppen):
- Grösse, Gewicht (BMI), Blutdruck, Herzauskultation, Kopf, Hals, Parodontitis/Parodontitis-Risikoklasse, Flüstertest (Hören, ab 65 Jahren), Lunge, Gefässe (Karotiden), Abdomen, WS/Gelenke, Haut (speziell: Hautkrebs);
- d) Beratung zur Verhaltensänderung;
- e) bei Frauen zusätzlich:
- Mammalpalpation;
 - Pap-Abstrich;
 - Gynäkologischer Status;
 - Mammographie (bei Risikogruppen einmal pro Jahr; ab dem 50. Lebensjahr einmal alle zwei Jahre);
- f) höchstens fünf Nachuntersuchungen in fünf Jahren.
- 2.2 Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erfolgt jeweils nach den Richtlinien des Amtsarztes und setzt sich zusammen wie folgt:
- a) Neugeborene:
- Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1);

- Neugeborenen-Basisuntersuchung (vom 5. bis 10. Tag) (U2);
- Neugeborenen;
- b) in der 4. bis 6. Lebenswoche (U3);
- c) im 4. bis 6. Lebensmonat (U4);
- d) im 9. bis 12. Lebensmonat (U5);
- e) im 21. bis 24. Lebensmonat (U6);
- f) im 5. Lebensjahr (U7);
- g) im 10. Lebensjahr (U8);
- h) im 14. Lebensjahr (U9).

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

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

Massnahme

Voraussetzung

a) Kontrollen

1. Normale Schwangerschaft

- *Erstkonsultation*: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.

- *Weitere Konsultationen*: Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.

2. Risikoschwangerschaft

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

b) Ultraschallkontrollen

1. In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 10.-12. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolle in der 20.-23. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolluntersuchung in der 30.-34. Schwangerschaftswoche

Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.

2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
c) Pränatale Untersuchungen mittels Kardio- tokographie	Eine Untersuchung in Terminnähe sowie Untersuchungen bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d) Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: - Bei Schwangeren ab 35 Jahren. - Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.
e) Kontrolle post-partum	Eine Untersuchung zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.
f) Geburtsvorbereitung	Die Geburtsvorbereitung erfolgt in Kursen, welche die Hebamme in Gruppen durchführt. Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 100 Franken.
g) Stillberatung	Die Stillberatung wird von Hebammen oder speziell in der Stillberatung ausgebildeten Krankenschwestern oder Krankenpflegern durchgeführt. Die Kostenübernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

2.4 Spezielle Präventivuntersuchungen

Massnahme	Voraussetzung
a) HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
b) Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom, sofern im 1. Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen oder eine Person unter 30 Jahren befallen sind.

- c) In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie
- Bei Personen nach einem Anästhesiezweischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie oder bei Blutsverwandten ersten Grades von Personen, bei denen eine maligne Hyperthermie unter Anästhesie bekannt ist und eine Prädisposition für maligne Hyperthermie dokumentiert ist.
- Der Test ist in einem von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannten Zentrum durchzuführen.
- d) Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebskrankheit
- Bei Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit:
- hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom
 - Polyposis Coli attenuierte Form der Polyposis Coli
 - hereditärem Colonicarcinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polypotic colon cancer HNPCC)
 - Retinoblastom
- Durchführung durch Fachärzte und Fachärztinnen für medizinische Genetik oder Mitglieder des "Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling" des Schweizerischen Institutes für Angewandte Krebsforschung (SIK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin für medizinische Genetik erbringen können.

Anhang 2a¹⁹⁵

(Art. 52 Abs. 1 und 3)

Abweichungen gemäss Art. 52 Abs. 1 und 3 von den vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassenen Arzneimittel- und Spezialitätenlisten**07.02 Stoffwechsel - Mineralien und Vitamine**

Produkt:	ElevitPronatal
Hersteller:	Bayer (Schweiz) AG, Zürich
ATC-Nummer:	B03AE02
Swissmedic-Reg.Nr.:	45604, Liste C
Verabreichungsform:	Tabletten
Dosierung:	Eine Tablette täglich
Packungsgrösse u. Preis:	30 Stück CHF 19,80 100 Stück CHF 58,90

Anhang 2b¹⁹⁶

(Art. 54a Abs. 2 und 3)

Abweichungen gemäss Art. 54a Abs. 2 und 3 von der vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassenen Analysenliste

1. Taxpunktwert

Der Wert eines Taxpunktes beträgt 1 Franken.

1a. Analysenliste für das ärztliche Praxislaboratorium

a) Analysen:

Pos.-Nr.	Taxpunkt	Voraussetzungen
Urin		
221.1	3	Urinteilstatus (5 oder mehr qualitative Bestimmungen, z.B. ST)
221.2	11	Urinstatus (umfasst pH, Zucker, Eiweiss, Ketonkörper, Bilirubin, Urobilinogen oder Urobilin und mikroskopische Untersuchung des Nativsedimentes)
221.3	8	Nativsediment: Mikroskopische Untersuchung
221.4	5	Uricult
221.5	12	Schwangerschaftstest (Schnelltest)
221.6	24.9	Schwangerschaftstest (semiquantitativ mit Verdünnungen)
Stuhl		
231.1	3	Nachweis von okkultem Blut (z.B. Benzidinprobe)
231.2	12	Native Stuhluntersuchung, mikroskopisch (z.B. Wurmeier)
231.3	18	Mikroskopische Untersuchung nach Anreicherung und/oder Färbung
Untersuchung verschiedener Körperflüssigkeiten und Sekrete, Mikrobiologische Untersuchung		
241.1	8	Native mikroskopische Untersuchung von Abstrichen (inkl. Nativsediment)
241.2	10	Mikroskopische Ausstrichpräparate mit Färbung (z.B. Methylenblau- oder Gramfärbung inkl. Beurteilung)

241.3	9.9	Abstrich auf betahämolisierende Streptokokken der Gruppe A
241.4	2	Liquor: Pandy-Reaktion oder Rivalta
241.5	1	Liquor: Eiweiss (Schnelltest)
241.6	8	Liquor: Zellzählung (inkl. Differenzierung)
241.7	26.7	Clamydien-Schnelltest
241.8	10.7	Pilznachweis mit kommerziellen Medien
Blutmorphologische Untersuchungen		
251.1	3	Senkungsreaktion
251.2	4	Hämoglobinbestimmung
251.3	4.9	Zählung einzelner Arten von Blutkörperchen
251.4	14	Differenzierung der Leukozyten nach Färbung, Blutbild
251.5	8	Thrombozytenzählung
251.7	3	Hämatokrit
252.1	8	Hämatogramm I (automatisiert): Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Hämatokrit und Indices. Limitation: nicht mit QBC-Methode
252.2	10	Hämatogramm II (automatisiert): Hämatogramm I, plus Thrombozyten Limitation: nicht mit QBC-Methode
252.3	13.3	Hämatogramm III (automatisiert): Hämatogramm II, plus 3 Leukozyten-Subpopulationen Limitation: nicht mit QBC-Methode
Blutchemische Untersuchungen		
261.1	3	Zucker-Schnelltest
261.2	7	Zucker oder Glukose quantitativ (z.B. enzymatisch)
261.3	15	Kreatinin-Kinase (CK oder CPK) quantitativ
261.4	10	GOT
261.5	10	GPT
261.6	12	LDH
261.7	10	Y-GT
261.8	10	APH

261.9	10	Bilirubin gesamt (inkl. Neugeborenen-Bilirubin)
262.1	6	Eiweiss gesamt
262.2	10	Harnsäure
262.3	8	Harnstoff
262.4	10	Kreatinin
262.5	15	a-Amylase
262.6	10	Cholesterin
262.7	10	Triglyceride
262.8	7	Quick
262.9	9.3	Eisen
263.1	6	Albumine
263.2	6	Calcium
263.3	6	Chlorid
263.4	16.7	Lipase
263.5	4.7	Natrium
263.6	4.7	Kalium
263.7	8	Pankreasspez. Amylase
263.8	15.3	CRP
263.9	20	HbA1c
264.1	9.3	CKMB
264.2	16.7	D-Dimer, qualitativ Limitation: nur zum Ausschluss der disseminierten intravasa- len Gerinnung (DIC)
264.3	10.7	Troponin (T oder I), Schnelltest, nicht kumulierbar mit Pos.-Nr. 261.3 Kreatinin-Kinase (CK oder CPK) quanti- tativ und der schweizerischen Analysenliste Pos.-Nr. 8384.00 Kreatin-Kinase (CK), total
Blutchemische Untersuchungen		
264.4	10	HDL-Cholesterin
Vorsorge - Blockuntersuchungen		
271.1	27	Vorsorge Blockuntersuchung Labor: (Glukose q (261.2), Cholesterin (262.6), HDL-Cholesterin (264.4))

	3	ab 50. Lebensjahr: zusätzlich okkultes Blut (231.1)
--	---	---

- b) Der Wert eines Taxpunktes beträgt für die in Bst. a aufgeführten Analysen 1.50 Franken.
- c) Für andere Analysen in ärztlichen Praxislaboratorien gelten die Bestimmungen der schweizerischen Analysenliste mit dem Taxpunktwert nach Ziff. 1.

2. Abgeltung des Bereitschafts- und Notfalldienstes von Privatlaboratorien

Pos.-Nr. 9700.01	TP 15	Zusätzliche Bearbeitungstaxe für den Bereitschafts- und Notfalldienst in Liechtenstein pro Patient und Auftrag; nur anwendbar für Laboratorien nach Art. 69 Abs. 1 Bst. a.
Pos.-Nr. 9706.00	TP 50	Zuschlag für Nacht-, Sonn- und Feiertage: Nicht anwendbar für in Liechtenstein versicherte Patienten.

3. Stand der Analysenliste

Die schweizerische Analysenliste mit Stand 1. Juli 2009 findet erstmals auf die Abrechnung von Laborleistungen ab dem 1. April 2010 Anwendung.

Anhang 3¹⁹⁷
(Art. 55 Abs. 2)

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

Positions-Nr.	Leistung, Menge, Einheit	Höchstvergütungsbetrag	Gültig ab
10.02	Rollstühle		
10.02.01.00.2	Rollstuhl ohne elektroni- schen Antrieb, Miete	nach Tarifvertrag	1.1.2002
10.02.02.00.2	Rollstuhl mit elektroni- schem Antrieb, Miete	nach Tarifvertrag	1.1.2002

50. Pflegehilfsmittel

Positions-Nr.	Leistung, Menge, Einheit	Höchstvergütungsbetrag	Gültig ab
50.01	Betten		
50.01.01.00.2	Hebebetten	nach Tarifvertrag	1.1.2002
50.02	Badeeinsätze		
50.02.01.00.2	Badeeinsätze für Duschen	nach Tarifvertrag	1.1.2002
50.02.02.00.2	Badeeinsätze für Bade- wannen	nach Tarifvertrag	1.1.2002

Anhang 4¹⁹⁸

(Art. 57, 58, 61)

**Leistungen von weiteren Berufen
der Gesundheitspflege****1. Leistungen von Physiotherapeuten (Art. 57 Abs. 1)**

Es werden folgende Leistungen übernommen:

- a) Ultraviolettbestrahlungen (Quarzlampenbestrahlungen);
- b) Rotlicht, Infrarot;
- c) Heissluft, Glühlichtbogen;
- d) Kurzwellen, Ultrakurzwellen;
- e) Radar (Mikrowellen);
- f) Diathermie (Langwellen-Diathermie);
- g) Aerosolinhalationen;
- h) Manuelle Massage und Bewegungstherapie:
 - 1. Muskelmassage als Teil- oder Ganzmassage, Bindegewebsmassage, Massage reflexzogener Zonen;
 - 2. Krankengymnastik (Gelenkmobilisation, passive Bewegungstherapie, Mechanotherapie, Atemgymnastik inkl. Anwendung von Apparaten zur Bekämpfung der Ateminsuffizienz, Wassergymnastik);
 - 3. Krankengymnastische Behandlungen nach Bobath oder nach Kabath;
 - 4. Gruppengymnastik;
 - 5. Wirbelsäulenextensionen;
 - 6. Lymphdrainage bei Lymphödemen durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten;
 - 7. Hippotherapie-K bei multipler Sklerose durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten;
- i) Ultraschall;
- k) Elektrotherapie:
 - 1. Galvanisation (allgemeine und lokale), Iontophorese;
 - 2. Faradisation (Exponentialströme, Sinusoidalströme);
- l) Hydrotherapie;

1. Wickel und Packungen;
2. Schlamm-, Fango- und Paraffinpackungen;
3. Medizinalduschen;
4. Medizinalbäder;
5. Elektrobäder;
6. Unterwassermassage;
7. Hyperthermiebäder.

2. Leistungen von medizinischen Masseuren (Art. 57a Abs. 1)

Es werden folgende Leistungen übernommen:

- a) Ultraviolettbestrahlungen (Quarzlampenbestrahlungen);
- b) Rotlicht, Infrarot;
- c) Heissluft, Glühlichtbogen;
- d) Kurzwellen, Ultrakurzwellen;
- e) Radar (Mikrowellen);
- f) Diathermie (Langwellen-Diathermie);
- g) Aerosolinhalationen;
- h) Manuelle Massage:
 1. Muskelmassage als Teil- oder Ganzmassage, Bindegewebsmassage, Massage reflexzogener Zonen;
 2. Lymphdrainage bei Lymphödemen durch speziell in dieser Therapie ausgebildete medizinische Masseure;
- i) Ultraschall;
- k) Elektrotherapie:
 1. Galvanisation (allgemeine und lokale), Iontophorese;
 2. Faradisation (Exponentialströme, Sinusoidalströme);
- l) Hydrotherapie:
 1. Wickel und Packungen;
 2. Schlamm-, Fango- und Paraffinpackungen;
 3. Medizinalduschen;
 4. Medizinalbäder;
 5. Elektrobäder;
 6. Unterwassermassage;
 7. Hyperthermiebäder.

3. Leistungen von Ernährungsberatern (Art. 58 Abs. 1)

Es wird die Beratung bei folgenden Krankheiten übernommen:

- a) Stoffwechselkrankheiten;
- b) Übergewicht (Body-Mass-Index von über 28 bei Erwachsenen, bei Kindern 90. Percentile) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- c) Adipositas (Body-Mass-Index von über 30 bei Erwachsenen, bei Kindern 97. Percentile);
- d) Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- e) Krankheiten des Verdauungssystems;
- f) Nierenerkrankungen;
- g) Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- h) Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

4. Leistungen bei Diabetesberatung

- 4.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin von Krankenschwestern mit einer von der Regierung anerkannten speziellen Ausbildung erbracht wird.
- 4.2 Die Diabetes-Beratung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.
- 4.3 Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung höchstens 10 Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden. Pro Jahr dürfen maximal 20 Sitzungen übernommen werden.

5. Leistungen bei Hauskrankenpflege (Art. 61)

- 5.1 Die Abklärung und Beratung umfasst insbesondere:

- Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt und Patient;
- Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nicht beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder bei Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen.

- 5.2 Die Grundpflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:

- Patientenüberwachung;
- Ganzwäsche, Teilwäsche, Haarwäsche, Kämmen;
- Bad, Heilbad;
- Nagelpflege;

- Mundpflege;
- Prophylaxe (z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturprophylaxe);
- Lagerung;
- Mobilisation (ohne Rehabilitation);
- Betten;
- Einreiben von indifferenten Hautpflegemitteln;
- Inhalation ohne Medikamentenzusätze.

5.3 Die Behandlungspflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:

- Vornahme von Injektionen;
- Vornahme von Infusionen;
- Katheterisierung;
- Einführung von Magensonden;
- Vornahme von Spülungen;
- Anbringung von Verbänden inkl. Wundspülung;
- Anbringung von Wickeln und Kataplasma;
- Rehabilitationsmassnahmen (z. B. Packungen, Bewegungsübungen, Massage);
- Absaugen;
- Einreiben von differenten Salben;
- Inhalationen mit Medikamenten;
- Atemtherapie;
- Diagnostische Massnahmen (Blutdruckmessung, Urin- und Blutproben);
- weitere ärztlich verordnete Massnahmen.

Anhang 4a¹⁹⁹

(Art. 74 Abs. 3)

Zuweisung an einen nicht für die OKP zugelassenen Leistungserbringer

(Gültigkeitsdauer: 6 Monate ab Ausstellung)

Patient/-in (Vor-/Nachname):

.....

Geburtsdatum:

.....

Zuweisung an:

.....

- ☐ Für den Fachbereich/Subspezialität ist in der OKP kein Leistungserbringer (z.B. Vertragsarzt) bzw. keine Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. Vertragsspital) zugelassen:

Fachbereich/Subspezialität:.....

Ausführliche Begründung der Überweisung ausserhalb des OKP-Vertragsnetzes:

.....

.....

.....

.....

- ☐ Es liegt ein medizinischer Notfall vor:

Ausführliche Begründung, warum ein medizinischer Notfall vorliegt:

.....

.....

.....

.....

Ergänzende Bestimmungen:

1. Zuweisungsformulare sind ausnahmslos vor Beginn der Behandlung beim zugewiesenen Leistungserbringer auszustellen und vom zuweisenden Leistungserbringer an den zugewiesenen Leistungserbringer zu übermitteln; nachträglich ausgestellte Zuweisungen werden zurückgewiesen und führen zu einer Nichtvergütung der Leistungen.
2. Zuweisungen an Leistungserbringer der gleichen Fachrichtung bzw. Ausbildungsstufe (z.B. von Allgemeinarzt zu Allgemeinarzt) werden zurückgewiesen und führen zu einer Nichtvergütung der Leistungen.
3. Ein medizinischer Notfall liegt nur dann vor, wenn der überweisende Arzt mit seiner Unterschrift bestätigt, dass er die Behandlung durch einen zur OKP zugelassenen Leistungserbringer und die Zumutbarkeit einer Wartezeit vor Beginn der Behandlung beim zugewiesenen Leistungserbringer geprüft und für ausgeschlossen befunden hat.
4. Die Rechtsfolgen wahrheitswidriger Angaben richten sich nach den Strafbestimmungen des KVG und führen zu einer Nichtvergütung oder Rückvergütung der Leistungen.
5. Der unterzeichnende Arzt erklärt, die Zuweisung des Patienten an einen nicht für die OKP zugelassenen Leistungserbringer aus den angeführten Gründen und nach sorgfältiger Prüfung als unvermeidbar zu erachten und ist verpflichtet, dies auf Anforderung im Einzelfall durch entsprechende Nachweise zu begründen.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift und Stempel des zuweisenden
Arztes

Anhang 4b²⁰⁰

(Art. 76 Abs. 1 Bst. c Ziff. 1)

Diagnosecode für ambulante Behandlungen

1. Hauptcode

A. Herz- / Kreislaufsystem

A 1 Kardiale Vitien / Herzklappen

A 2 Erkrankungen der Herzkranzgefäße, inklusive Myokardinfarkt

A 3 Herz- Rhythmusstörungen

A 4 Hypertonie

A 5 Arterien

A 6 Venen (inkl. Varizen)

A 7 Lymphgefäße inkl. Lymphoedem

A 9 Andere Erkrankungen des Herz- / Kreislaufsystems

B. Blut / Knochenmark / Milz

B 1 Anämie

B 2 Gerinnungsstörungen

B 3 Erkrankungen des Knochenmarks und des Blutes

B 4 Milz / Lymphknoten / Immunsystem

B 9 Andere Erkrankungen von Knochenmark / Blut / Milz

C. Lunge / Atemwege

C 1 Asthma

C 2 Chronischer Husten

C 3 Lungenembolie

C 4 Lunge / Pleura exkl. TBC

C 9 Andere Erkrankungen des Atemtraktes

D. Skelett / Bewegungsapparat

D 1 Muskeln / Sehnen

D 2 Gelenke / Bänder / Bursa exkl. D3

D 3 Arthritis / M. Bechterew

D 4 Arthrose

D 5 Wirbelsäule exkl. D3

D 9 Andere Erkrankungen des Bewegungsapparates

E. Verdauungstrakt

E 1 Oesophagus / Magen / Duodenum inkl. Ulcera

E 2 Darm (Dünndarm / Kolon)

E 3 Rektum / Anus, inkl. Hämorrhoiden

E 4 Leber / Gallenwege / Gallenblase

E 5 Pankreas, exkl. Diabetes

E 6 Zwerchfell

E 7 Hernien

E 9 Andere Erkrankungen des Verdauungstraktes

F. Stoffwechsel

F 1 Zuckerstoffwechsel

F 2 Erkrankungen der Schilddrüse

F 9 Andere Stoffwechselerkrankungen

G. Infektiöse und parasitäre Krankheiten

G 1 Komplikationsloser Infekt

G 2 Tuberkulose

G 3 Virale Hepatitis

G 9 Andere infektiöse oder parasitäre Krankheiten

H. Niere und ableitende Harnwege

H 1 Niere / Niereninsuffizienz (Dialyse / Transplantation)

H 2 Nierensteinleiden

H 3 Ableitende Harnwege

H 9 Andere Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege

I. Geschlechtsorgane

I 1 Männliche Geschlechtsorgane

I 2 Vulva, Vagina, kleines Becken

I 3 Uterus

I 4 Adnexe

- I 5 Störungen des Menstruations-Zyklus
- I 6 Erkrankungen der Brustdrüse
- I 7 Sterilisation
- I 9 Andere Erkrankungen der Geschlechtsorgane
- K. Schwangerschaft / Sterilität
 - K 1 Schwangerschaft normales Risiko
 - K 2 Schwangerschaft mit Komplikation
 - K 3 Sterilität und künstliche Befruchtung
- L. Nervensystem
 - L 1 Hirn / Rückenmark
 - L 2 Periphere Nerven
 - L 3 Lähmung / Ataxie
 - L 4 Migräne und Äquivalente
 - L 5 Epilepsie
 - L 9 Andere Erkrankungen des Nervensystems
- M. Psychische Erkrankungen
 - M 1 Schlafstörungen
 - M 2 Psychische Erkrankungen
 - M 3 Psychoorganische Erkrankungen
- N. Haut
 - N 1 Allergische Hauterkrankungen exkl. Ekzem
 - N 2 Entzündliche / infektiöse Hautkrankheiten
 - N 3 Ekzem
 - N 4 Vaskuläre / degenerative Hautkrankheiten
 - N 5 Psoriasis / Hyperkeratosen
 - N 6 Narben
 - N 9 Andere Hauterkrankungen
- O. Hals / Nase / Ohren
 - O 1 Nase exkl. N6
 - O 2 Nasennebenhöhlen
 - O 3 Mundhöhle, Speicheldrüsen

- 4 Tonsillen /Adenoide
- 5 Larynx / Trachea
- 6 Missbildungen der Nase und der Ohren
- 7 Mittelohr /Tuba Eustachii
- 8 Innenohr
- 9 Andere HNO - Erkrankungen

P. Augen

- P 1 Lid / Konjunktiva
- P 2 Linse / Kornea / Glaskörper
- P 3 Iris / Glaukom
- P 4 Retina / Sehnerv / Gefässe
- P 5 Augenmuskeln / Strabismus
- P 6 Andere Augenerkrankungen

Q. Zähne / Kiefer

- Q 1 Zyste
- Q 2 Zahnabszess
- Q 3 Fibrome
- Q 9 Andere Erkrankungen des Kiefers oder der Zähne

R. Unfall / Unfallbedingt

- R 1 Kopf / Wirbelsäule
- R 2 Thorax
- R 3 Abdomen
- R 4 Obere Extremität
- R 5 Untere Extremität

S. Nicht-Pflichtleistungen

T. Präventive Massnahmen

- T 1 Vorsorgeuntersuchung
- T 2 Impfungen

U. Vertrauensarzt orientiert (anstelle Diagnose)

2. Zusatzcode

- 01 Rechts

- 02
- 03
- 04 Chronisch / Rezidiv
- 05 Infektiös
- 06 Funktionell
- 07 Neoplasie
- 08 Berufsbedingt

Erläuterungen

Es können mehrere Ziffern des Haupt- oder Zusatzcodes angegeben werden.

Bei der Verwendung des Zusatzcodes muss der dazugehörige Hauptcode angegeben werden.

Neoplasien müssen immer mit dem Hauptcode und dem Zusatzcode angegeben werden.

Unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne von Art. 15 Abs. 2 der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung werden dem Hauptcode R zugeordnet.

Code U dient der Angabe der genauen Diagnose an den zuständigen Vertrauensarzt. Bei Folgeschäden von Suizidversuchen ist dieser obligatorisch.

Falls eine Rechnung eine Nicht-Pflichtleistung enthält, ist diese mit einem Stern (*) zu kennzeichnen.

Bei Infektionen bezeichnet der entsprechende Hauptcode das Organ und wird mit dem Zusatzcode präzisiert (Ausnahme: Diagnosecode G oder N2).

Anhang 5²⁰¹
(Art. 81 Abs. 1)

**Befreiung von der Kostenbeteiligung für
Chronischkranke**

Organsystem / Gruppe	Diagnose	Voraussetzungen
Stoffwechsel	Diabetes mellitus	insulinbedürftig, Endorganschaden (Nephropathie, Ophthalmopathie, Neuropathie, Angiopathie)
Leber	Hepatitis C - Zirrhose	
Leber / Blut	Hämophilie (Bluter)	Ersatztherapie mit Gerinnungsfaktoren
Psyche	chronische Schizophrenie	ab einer Invalidisierung von 30 % ²⁰²
	chronische Depression	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	Alzheimer-Erkrankung	Anordnung von Vormundschaftsmassnahmen und/oder Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit
	Suchterkrankungen	Alkohol, Drogen; in Psychotherapie
Zentrales Nervensystem	Parkinsonerkrankung	Medikamente, Physiotherapie; ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	multiple Sklerose	fortgeschrittene Stadien mit Behinderung; ab einer Invalidisierung von 30 % ² oder Interferontherapie
	Schlaganfall	bei chronischen Lähmungen; ab einer Invalidisierung von 30 % ²

	chronische Epilepsie	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	Friedreich-Ataxie	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	Amyotrophe Lateralsklerose	ab einer Invalidisierung von 30 %
Urogenitalsystem	chronische Niereninsuffizienz	Dialysebehandlung
Bewegungsapparat	chronische Polyarthritis	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	Morbus Bechterew	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
	schwere Polyarthrose	ab einer Invalidisierung von 30 % ²
Infektionen	symptomatische HIV-Infektion	virostatische Therapie - ARC - AIDS
	chronische Tuberkulose	bei Suchtkranken, HIV
Lunge	respiratorische Insuffizienz	Dauersauerstoffbehandlung
Neoplasien (Tumoren)	alle	zytostatische bzw. Radiotherapie oder ab einer Invalidisierung von 30 % ²
Langzeitpflegebedürftigkeit		unabhängig von der Ursache
Organtransplantationen	Nierentransplantation	
	Lebertransplantation	
	Herztransplantation	
	Lungentransplantation	
	Knochenmarktransplantation	
Geburtsgebrechen (Alter > 18 Jahre)	Zystische Fibrose	
	Zöliakie	

	Zerebrale Lähmungen	ab einer Invalidisierung von 30 %
	Intelligenzstörungen	Anordnung von Vormundschaftsmassnahmen
Haut	Epidermolysis bullosa	

Übergangsbestimmungen

831.101 Krankenversicherungsverordnung (KVV)

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2002 Nr. 184 ausgegeben am 19. Dezember 2002

Verordnung
vom 17. Dezember 2002
betreffend die Abänderung der Verordnung zum
Gesetz über die Krankenversicherung²⁰³

...

II.
Übergangsbestimmungen

1) Für Laboranalysen in Laboratorien und in Heilanstalten kommt bis zum 31. Dezember 2003 die nach Art. 52 Abs. 1 anwendbare Analysenliste mit einem Zuschlag von maximal 15 Rappen auf dem geltenden Taxpunktwert von 1 Franken zur Anwendung.

2) Die Leistungskommission führt zur Festlegung des ab dem 1. Januar 2004 geltenden Taxpunktwertes eine betriebswirtschaftliche Untersuchung durch.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2003 Nr. 267 ausgegeben am 19. Dezember 2003

Verordnung
vom 16. Dezember 2003
betreffend die Abänderung der Verordnung zum
Gesetz über die Krankenversicherung²⁰⁴

...

III.
Übergangsbestimmungen

§ 1

Bestehende Zulassungen zur Krankenversicherung

1) Leistungserbringer, die vor dem 1. Januar 2004 zur Krankenversicherung zugelassen waren, bleiben weiterhin zugelassen, wenn sie bis zum 30. Juni 2004 mit dem Kassenverband den Vertrag über den Beitritt zur bestehenden Tarifregelung im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.

2) Wird der Vertrag nicht innert der Frist von Abs. 1 abgeschlossen, kann der Kassenverband die Vergütung der Leistungen verweigern, solange der Vertrag nicht abgeschlossen ist.

§ 2

Anstellungsverhältnisse von Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege

1) Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege im Sinne von Art. 66, die bereits vor dem 1. Januar 2004 in einem Anstellungsverhältnis mit einem zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Betrieb der Gesundheitspflege im Sinne von Art. 52 des Sanitätsgesetzes oder mit einem Arzt standen, müssen dem Kassenverband bis spätestens am

29. Februar 2004 ihre Unterlagen mit den Nachweisen für eine Zulassung zur Krankenversicherung im Sinne von Art. 66 Abs. 2 einreichen.

2) Werden die Unterlagen dem Kassenverband nicht innert der Frist von Abs. 1 eingereicht, kann der Kassenverband die Vergütung der Leistungen verweigern, solange die Voraussetzungen für die Zulassung nicht vollständig nachgewiesen sind.

§ 3

Bedarfsplanung für Physiotherapeuten, medizinische Masseur und Bademeister

1) Der Kassenverband und die entsprechenden Berufsverbände unterbreiten der Regierung die Bedarfsplanung nach Art. 66a bis spätestens am 31. Mai 2004 zur Genehmigung.

2) Bis zur Genehmigung oder, sofern eine gemeinsame Bedarfsplanung der Verbände nicht zustande kommt, bis zum Erlass der Bedarfsplanung durch die Regierung gilt der Stand der am 31. Dezember 2003 gültigen Konzessionen zur selbständigen Berufsausübung von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern nach dem Sanitätsgesetz sowie der nach Abs. 3 festgestellte Stand der Anstellungen von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern bei den für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern als ausreichende Versorgung im Sinne von Art. 16b Abs. 1 des Gesetzes und damit als provisorische Bedarfsplanung.

3) Das Amt für Volkswirtschaft erhebt bei den für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern die Anzahl und den Beschäftigungsgrad von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern, welche die Voraussetzungen zur Erteilung einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung erfüllen, ihren Beruf im Jahr 2003 aber in einem Anstellungsverhältnis ausgeübt haben. Jeder Arbeitgeber von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern ist verpflichtet, dem Amt für Volkswirtschaft bis spätestens am 31. Januar 2004 die nötigen Auskünfte über die Anstellungen im Jahr 2003 zu erteilen. Das Amt für Volkswirtschaft ist berechtigt, die Angaben anhand der Abrechnungen der Arbeitgeber mit der AHV zu überprüfen.

4) Für jeden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer entspricht die durchschnittliche Zahl von Anstellungen im Jahr 2003 umgerechnet auf einen Beschäftigungsgrad von 100 % bei einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche den für die provisorische Bedarfsplanung nach Abs. 2 höchstens zulässigen Anstellungen. Liegt die

durchschnittliche Zahl von Anstellungen im Dezember 2003 über dem Jahresdurchschnitt, ist der Durchschnitt im Dezember 2003 massgebend.

5) Physiotherapeuten, medizinische Masseure und Bademeister, die nach dem 31. Dezember 2003 eine Konzession zur selbständigen Ausübung des Berufes im Sinne des Sanitätsgesetzes erhalten, werden während der Geltungsdauer der provisorischen Bedarfsplanung nach Abs. 2 nicht zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen. Physiotherapeuten, medizinische Masseure und Bademeister, die während der Geltungsdauer der provisorischen Bedarfsplanung nach Abs. 2 in ein Anstellungsverhältnis mit einem zugelassenen Leistungserbringer treten, können zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn dadurch die höchstens zulässigen Anstellungen nach Abs. 4 nicht überschritten werden.

6) Verliert der Inhaber einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung als Physiotherapeut, medizinischer Masseur oder Bademeister wegen der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit seine Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, kann seine Zulassung auf den Rechtsnachfolger übertragen werden, wenn dieser die bestehenden Anstellungsverhältnisse übernimmt.

§ 4

Laboranalysen in Arztpraxen

Für Laboranalysen in Arztpraxen gelten bis zum 31. Dezember 2004 die unter dem bisherigen Recht abgeschlossenen Tarifvereinbarungen weiter.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2004 Nr. 309 ausgegeben am 28. Dezember 2004

Verordnung
vom 21. Dezember 2004
betreffend die Abänderung der Verordnung zum
Gesetz über die Krankenversicherung²⁰⁵

...

II.
Übergangsbestimmungen

Die provisorische Bedarfsplanung nach § 3 der Übergangsbestimmungen zur Verordnung vom 16. Dezember 2003 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBI. 2003 Nr. 267, endet mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2009 Nr. 335 ausgegeben am 18. Dezember 2009

Verordnung
vom 15. Dezember 2009
betreffend die Abänderung der Verordnung zum
Gesetz über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmung

Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens²⁰⁶ dieser Verordnung Leistungen nach dem bisherigen Art. 62 beziehen, erhalten diese bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen weiterhin für eine Dauer von höchstens drei Monaten, sofern ihnen nicht bereits ein Betreuungs- und Pflegegeld nach dem Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) gewährt wird.

...

-
- 1 LR 832.10
-
- 2 Art. 1 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 3 Art. 2 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 4 Art. 4 Abs. 5 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 5 Art. 5 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 6 Art. 5 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 7 Art. 5 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 8 Art. 6 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 9 Art. 7 Abs. 1 Bst. b aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- 10 Art. 7 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 11 Art. 8 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 12 Art. 11 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 13 Art. 11 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 14 Art. 11 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 15 Art. 12 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 16 Art. 12 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 17 Art. 14 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 18 Art. 14 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 19 Art. 14 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 20 Art. 15 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 21 Art. 16 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 22 Art. 18 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- 23 Art. 24 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 24 Art. 25 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 25 Art. 26 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 26 Art. 26 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 27 Art. 27 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 28 Art. 27 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 29 Art. 28 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- 30 Art. 28 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-

-
- [31](#) Art. 28 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [32](#) Art. 29 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [33](#) Art. 30 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [34](#) Art. 31 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [35](#) Art. 35 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [36](#) Art. 35a eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).
-
- [37](#) Art. 36 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [38](#) Art. 36 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [39](#) Art. 36 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [40](#) Art. 36 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [41](#) Art. 36 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [42](#) Art. 36 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [43](#) Art. 36 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [44](#) Art. 36 Abs. 7 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [45](#) Art. 37 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [46](#) Art. 39 Abs. 2 aufgehoben durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [47](#) Art. 40 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [48](#) Art. 41 Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [49](#) Art. 44 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [50](#) Art. 44a eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [51](#) Art. 46 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#) und [LGBL 2008 Nr. 30](#).
-
- [52](#) Art. 46 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [53](#) Art. 46 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
-
- [54](#) Art. 47 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 240](#).
-
- [55](#) Art. 47 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 240](#).
-
- [56](#) Art. 47 Abs. 2 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [57](#) Art. 47 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [58](#) Art. 49 Abs. 2 aufgehoben durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [59](#) Art. 52 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [60](#) Art. 52 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-

-
- [61](#) Art. 52 Abs. 1a aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [62](#) Art. 52 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [63](#) Art. 52 Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [64](#) Art. 52a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
-
- [65](#) Art. 52a Abs. 1 Einleitungssatz eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
-
- [66](#) Art. 52a Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [67](#) Art. 52a Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [68](#) Art. 52a Abs. 1 Bst. c eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
-
- [69](#) Art. 52a Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [70](#) Art. 53 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 194](#).
-
- [71](#) Art. 53 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
-
- [72](#) Art. 53 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [73](#) Art. 53 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [74](#) Art. 53 Abs. 7 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
-
- [75](#) Art. 53 Abs. 8 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [76](#) Art. 53 Abs. 10 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
-
- [77](#) Art. 54 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [78](#) Art. 54 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [79](#) Art. 54a Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [80](#) Art. 54a Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 194](#).
-
- [81](#) Art. 54a Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [82](#) Art. 54a Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [83](#) Art. 55 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
-
- [84](#) Art. 57 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [85](#) Art. 57 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [86](#) Art. 57 Abs. 2a eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [87](#) Art. 57 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [88](#) Art. 57a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [89](#) Art. 57a Abs. 1 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [90](#) Art. 57a Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-

-
- [91](#) Art. 57a Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [92](#) Art. 57a Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [93](#) Art. 58 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [94](#) Art. 58 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [95](#) Art. 58 Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [96](#) Art. 58 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [97](#) Art. 59 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [98](#) Art. 59a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
-
- [99](#) Art. 59a Abs. 1 eingefügt durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
-
- [100](#) Art. 59a Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [101](#) Art. 59a Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [102](#) Art. 59b eingefügt durch [LGBL 2008 Nr. 243](#).
-
- [103](#) Art. 60 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [104](#) Art. 60 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [105](#) Art. 60 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [106](#) Art. 60 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [107](#) Art. 60 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [108](#) Art. 61 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [109](#) Art. 62 aufgehoben durch [LGBL 2009 Nr. 335](#).
-
- [110](#) Art. 63 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [111](#) Art. 64 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [112](#) Art. 64 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [113](#) Art. 64 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [114](#) Art. 64 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [115](#) Art. 64 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 30](#).
-
- [116](#) Art. 65 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [117](#) Art. 65 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [118](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [119](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [120](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-

-
- [121](#) Art. 65 Abs. 2 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [122](#) Art. 65 Abs. 2 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [123](#) Art. 65 Abs. 2 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [124](#) Art. 65a aufgehoben durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [125](#) Art. 66 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [126](#) Art. 66a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [127](#) Art. 67 aufgehoben durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [128](#) Art. 68 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [129](#) Art. 69 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [130](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [131](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [132](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [133](#) Art. 69 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [134](#) Art. 70 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [135](#) Art. 71 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [136](#) Art. 72 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [137](#) Art. 72a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [138](#) Art. 73 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
-
- [139](#) Art. 73a aufgehoben durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [140](#) Art. 74 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [141](#) Art. 74 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [142](#) Art. 74 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#), [LGBL 2006 Nr. 224](#) und [LGBL 2008 Nr. 30](#).
-
- [143](#) Art. 74 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 24](#).
-
- [144](#) Art. 75 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [145](#) Art. 76 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).
-
- [146](#) Art. 76 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [147](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. d abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [148](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. f aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [149](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. g aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [150](#) Art. 77a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).

-
- [151](#) Art. 77a Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 58](#).
-
- [152](#) Art. 77a Abs. 1 Bst. a aufgehoben durch [LGBL 2009 Nr. 335](#).
-
- [153](#) Art. 77a Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 335](#).
-
- [154](#) Art. 77a Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 58](#).
-
- [155](#) Art. 77a Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).
-
- [156](#) Art. 77a Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 58](#).
-
- [157](#) Art. 77a Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 58](#).
-
- [158](#) Art. 78 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [159](#) Art. 78 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [160](#) Art. 79 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [161](#) Art. 79 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [162](#) Art. 81 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [163](#) Art. 81a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2006 Nr. 177](#).
-
- [164](#) Art. 81a Abs. 1 eingefügt durch [LGBL 2006 Nr. 177](#).
-
- [165](#) Art. 81a Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2006 Nr. 177](#).
-
- [166](#) Art. 81a Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2006 Nr. 177](#).
-
- [167](#) Art. 81a Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2006 Nr. 177](#) und abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [168](#) Art. 83 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
-
- [169](#) Art. 84 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [170](#) Art. 85 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [171](#) Art. 85 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [172](#) Art. 86 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [173](#) Art. 87 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [174](#) Art. 87 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [175](#) Überschrift vor Art. 88 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [176](#) Art. 88 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [177](#) Art. 89 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [178](#) Art. 90 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [179](#) Art. 91 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [180](#) Art. 92 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-

-
- [181](#) Art. 92 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [182](#) Art. 93 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [183](#) Art. 94 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [184](#) Art. 95 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [185](#) Art. 96 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [186](#) Art. 96 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [187](#) Art. 96 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [188](#) Art. 96 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [189](#) Art. 97 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [190](#) Art. 100 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
-
- [191](#) Art. 101 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
-
- [192](#) Anhang 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 177](#), [LGBL 2007 Nr. 317](#) und [LGBL 2009 Nr. 236](#).
-
- [193](#) Anhang 1a eingefügt durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [194](#) Anhang 2 abgeändert durch [LGBL 2002 Nr. 184](#), [LGBL 2003 Nr. 202](#), [LGBL 2006 Nr. 177](#), [LGBL 2007 Nr. 317](#) und [LGBL 2008 Nr. 30](#).
-
- [195](#) Anhang 2a abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und [LGBL 2007 Nr. 317](#).
-
- [196](#) Anhang 2b abgeändert durch [LGBL 2005 Nr. 268](#), [LGBL 2006 Nr. 65](#), [LGBL 2006 Nr. 177](#), [LGBL 2008 Nr. 109](#), [LGBL 2009 Nr. 194](#) und [LGBL 2009 Nr. 338](#).
-
- [197](#) Anhang 3 abgeändert durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
-
- [198](#) Anhang 4 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#), [LGBL 2007 Nr. 317](#) und [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [199](#) Anhang 4a abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 339](#).
-
- [200](#) Anhang 4b eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).
-
- [201](#) Anhang 5 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und abgeändert durch [LGBL 2005 Nr. 209](#) und [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-
- [202](#) Der Invalidisierungsgrad ist bei Altersrentnern nicht zu berücksichtigen.
-
- [203](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2002.
-
- [204](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2004.
-
- [205](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2005.
-
- [206](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2010.
-