

# 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 Abs. 1, Art. 4 Abs. 1 und 2, Art. 4c Abs. 3, Art. 7 Abs. 2, Art. 11 Abs. 2, Art. 11a Abs. 4, Art. 13 Abs. 3, Art. 14 Abs. 3a und 9, Art. 15 Abs. 4, Art. 16a Abs. 2 und 4, Art. 17 Abs. 3, Art. 18 Abs. 2a und 4, Art. 19 Abs. 5, Art. 22 Abs. 7, Art. 23b Abs. 2, Art. 24 Abs. 2, Art. 24a Abs. 3, Art. 24b Abs. 5 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBL 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, verordnet die Regierung:<sup>1</sup>

### I. Allgemeine Bestimmungen<sup>2</sup>

Art. 1<sup>3</sup>

#### *Gegenstand*

Diese Verordnung regelt in Durchführung des Gesetzes über die Krankenversicherung das Nähere insbesondere über:

- a) die Organisation;
- b) die versicherten Personen;
- c) die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung;
- d) die Leistungserbringer;
- e) die Tarife;
- f) die Finanzierung.

Art. 1a<sup>4</sup>*Bezeichnungen*

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, sind unter den in dieser Verordnung verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts zu verstehen.

Art. 1a<sup>bis</sup>*Grundversicherung und Hochkostenversicherung*

Die Grundversicherung und die Hochkostenversicherung müssen bei ein und derselben Kasse abgeschlossen werden.

**Ia. Organisation<sup>6</sup>****A. Anerkannte Krankenkassen<sup>7</sup>**Art. 1b<sup>8</sup>*Anerkennung von Krankenkassen*

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

- a) die Statuten und die Gründungsurkunde sowie ein Auszug aus dem Handelsregister;
- 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. 1b 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).<sup>9</sup>

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 Schwankungsreserve) der Kasse muss bezogen auf das Rechnungsjahr je nach dem Versichertenbestand mindestens den folgenden Prozentsatz der Bruttoleistungen erreichen:<sup>10</sup>

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:<sup>11</sup>

- 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.<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup>

## 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.<sup>15</sup>

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) Aufgehoben<sup>16</sup>
- 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) Die Kassen richten ihr Rechnungswesen so ein, dass sie die jährlichen Betriebsergebnisse der Versicherung mit freiwilliger Kostenbeteiligung ausweisen können.<sup>17</sup>

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.<sup>18</sup>

Art. 8<sup>19</sup>*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.

*Verwaltungskosten<sup>20</sup>*

## Art. 10

*a) Verteilung der Verwaltungskosten<sup>21</sup>*

- 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. 10a<sup>22</sup>*b) Vermittlertätigkeit und Werbekosten*

1) Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darf keine Entschädigung an den Vermittler erfolgen. Bei der obligatorischen Krankengeldversicherung ist die Entschädigung an den Vermittler mit jährlich maximal 5 % der Prämie begrenzt.

2) Als Werbekosten im Sinne von Art. 4c des Gesetzes gelten namentlich alle Aufwendungen für die Akquisition von Versicherten, unabhängig vom gewählten Werbekanal und Werbemittel.

## 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.<sup>23</sup>

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. August des laufenden Geschäftsjahres ein Budget für das folgende Geschäftsjahr einzureichen.<sup>24</sup>

4) Die Jahresrechnung und das Budget sind auf den vom Amt für Gesundheit erstellten Formularen einzureichen.<sup>25</sup>

## Art. 12

*Revisionsstelle*

1) Jede Kasse bestimmt eine externe und unabhängige Revisionsstelle, die zur Tätigkeit als Revisionsstelle 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.<sup>26</sup>

4) Das Amt für Gesundheit kann den Kassen oder deren Revisionsstelle Weisungen über vorzunehmende Revisionen erteilen.<sup>27</sup>

## Art. 13

*Aufgaben der Revisionsstelle*

1) Die Revisionsstelle prüft jährlich, ob die Buchführung, die Jahresrechnung und die Statistiken formell und materiell den gesetzlichen Anforderungen entsprechen (jährliche Revision). Sie prüft überdies, ob die

Geschäftsführung für eine korrekte und ordnungsgemäße Geschäftsführung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält.

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

#### Art. 14

##### *Berichte der Revisionsstelle*

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

2) Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ der Kasse sowie dem Amt für 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.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup>

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.<sup>30</sup>

#### Art. 15<sup>31</sup>

##### *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. 16<sup>32</sup>*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.<sup>33</sup>

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

## Art. 19

*Risikogruppen*

1) Die Versicherten werden für den Risikoausgleich in folgende Risikogruppen eingeteilt:<sup>34</sup>

a) Versicherte im Alter von 16 bis 25 Jahren, eingeteilt in:

1. eine Gruppe von 16 bis 20 Jahren; und
2. eine Gruppe von 21 bis 25 Jahren;

b) Versicherte im Alter von 26 bis 90 Jahren, eingeteilt in Gruppen von je fünf Jahren;

c) Versicherte 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.<sup>35</sup>

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

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

#### Art. 25<sup>36</sup>

##### *Kostentragung<sup>37</sup>*

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.<sup>38</sup>

2) Diese Daten sind dem Amt für Gesundheit bis Ende April des Ausgleichsjahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.<sup>39</sup>

## 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.<sup>40</sup>

2) Das Amt für Gesundheit prüft die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Art. 26 gelieferten Daten mittels Stichproben.<sup>41</sup>

## 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.<sup>42</sup>

5) Das Amt für Gesundheit kann ausstehende Zahlungen einer Kasse mit Ansprüchen der Kasse auf Staatsbeiträge verrechnen.<sup>43</sup>

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.<sup>44</sup>

Art. 29<sup>45</sup>

Aufgehoben

Art. 30<sup>46</sup>

### *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. 31<sup>47</sup>

### *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<sup>48</sup>

Aufgehoben

#### Art. 34

##### *Entsante 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, eingetragene Partner sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Kinder, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben und in Ausbildung begriffen sind.<sup>49</sup>

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 Entsante 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 wäh-

rend 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.<sup>50</sup>

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. 35a<sup>51</sup>

### *Wechsel der Kasse*

1) Versicherte können unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist die Kasse auf das Ende eines Kalendermonats wechseln.

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

#### Art. 35b<sup>52</sup>

##### *Verteilschlüssel für die Zuweisung von versicherungspflichtigen Personen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung*

1) Personen, die sich nicht innert drei Monaten nach Eintreten der Versicherungspflicht bei einer in Liechtenstein anerkannten Krankenkasse versichern und für die keine Ausnahme von der Versicherungspflicht besteht, werden vom Amt für Gesundheit einer anerkannten Krankenkasse nach Massgabe ihres Marktanteils zugewiesen.

2) Der Marktanteil einer Krankenkasse wird anhand der Versicherungsmonate aller in Liechtenstein versicherten Personen unter Berücksichtigung der Daten des Risikoausgleichs (Art. 3a des Gesetzes) beurteilt.

#### Art. 36<sup>53</sup>

Aufgehoben

### **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.<sup>54</sup>

## 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) Aufgehoben<sup>55</sup>

Art. 40<sup>56</sup>

Aufgehoben

## 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.<sup>57</sup>

Art. 42<sup>58</sup>*Freiwillige Krankengeldversicherung bei Bezüger von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung*

Die Kassen können bei Bezüger von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung für die freiwillige Krankengeldversicherung nach Art. 14

Abs. 8 und 8a des Gesetzes eine Bestätigung der Arbeitslosenversicherung über den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung verlangen.

#### Art. 43

##### *Leistungspflicht für Versicherte im Ausland*

1) Bei einem Auslandsaufenthalt besteht Anspruch auf Krankengeld bei:<sup>59</sup>

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

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. 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.<sup>60</sup>

3) Ist die Leistungsdauer nach Art. 14 Abs. 1 Bst. b oder d des Gesetzes ausgeschöpft, bleibt ein Arbeitnehmer für eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin versichert. Selbständig Erwerbstätige können eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin freiwillig versichern.<sup>61</sup>

#### Art. 44a<sup>62</sup>

##### *Zuweisung von säumigen Arbeitgebern zur obligatorischen Krankengeldversicherung*

Die Zuweisung eines nach Art. 11a Abs. 4 des Gesetzes säumigen Arbeitgebers zu einer anerkannten Kasse erfolgt gleichmässig alternierend in der Reihenfolge des Eingangs der Meldung der Liechtensteinischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) beim Amt für Gesundheit.

Art. 44b<sup>63</sup>*Versicherter Verdienst*

1) Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beläuft sich auf 148 200 Franken im Jahr und 406 Franken im Tag.

2) Als versicherter Verdienst gilt der nach der Gesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung massgebende Lohn mit den folgenden Abweichungen:

- a) Löhne, auf denen wegen des Alters des Versicherten keine Beiträge der Alters- und Hinterlassenenversicherung erhoben werden, gelten ebenfalls als versicherter Verdienst.
- b) Entschädigungen bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses, bei Betriebschliessung, Betriebszusammenlegung oder bei ähnlichen Gelegenheiten werden nicht berücksichtigt.

3) Als Grundlage für die Bemessung des Krankengeldes gilt der letzte vor der Krankheit bezogene Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Er wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt.

4) Übt der Versicherte keine regelmässige Erwerbstätigkeit aus oder unterliegt sein Lohn starken Schwankungen, so wird auf einen angemessenen Durchschnittslohn pro Tag abgestellt.

Art. 44c<sup>64</sup>*Höhe und Auszahlung des Krankengeldes*

1) Das Krankengeld wird für alle Tage, einschliesslich der Sonn- und Feiertage, ausgerichtet. Es ist bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit von der Kasse oder, sofern eine entsprechende Vereinbarung besteht, vom Arbeitgeber mindestens einmal pro Monat auszubezahlen.

2) Das Krankengeld wird nach der Formel gemäss Anhang 3 berechnet.

### 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. 45a<sup>65</sup>

##### *Rückvergütung von Leistungen*

1) Hat eine Kasse anstelle einer anderen Sozialversicherung zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies eine andere Sozialversicherung anstelle der Kasse getan, so muss die entlastete Versicherung den Betrag, um den sie entlastet wurde, der anderen Versicherung rückvergüten, höchstens jedoch bis zur jeweiligen gesetzlichen Leistungspflicht.

2) Sind mehrere Kassen rückvergütungsberechtigt oder rückvergütungspflichtig, so bemisst sich ihr Anteil nach den Leistungen, die sie erbracht haben oder hätten erbringen sollen.

3) Der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre nach der Ausrichtung der Leistung.

4) Für die Leistungen des Staates nach Art. 24 Abs. 1 Bst. c des Gesetzes gilt Abs. 1 sinngemäss; der Rückvergütungsanspruch erlischt fünf Jahre ab Kenntnis der zu Unrecht ausgerichteten Leistung.

## 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.<sup>66</sup>

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.<sup>67</sup>

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 Verordnungskompetenz auch ohne eine Empfehlung der Leistungskommission wahrnehmen.<sup>68</sup>

## Art. 47

*Leistungen von Ärzten und von Chiropraktoren<sup>69</sup>*

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.<sup>70</sup>

2) In Anhang 1 sind diejenigen ärztlichen Leistungen aufgeführt, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Prüfung durch die Leistungskommission:<sup>71</sup>

- 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.<sup>72</sup>

Art. 47a<sup>73</sup>*Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen*

1) Wird ein elektiver Eingriff nach Abs. 3 Bst. a und 4 stationär durchgeführt, so übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Durchführung des Eingriffs nur, wenn eine ambulante Durchführung wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist.

2) Eine ambulante Durchführung ist wegen besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich, wenn eines der Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung nach Abs. 3 Bst. b und 4 erfüllt ist.

3) Auf die Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen finden die nachfolgend bezeichneten für die schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassenen Einschränkungen der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen, einschliesslich der Erläuterungen dazu, Anwendung:<sup>74</sup>

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

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

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

## Art. 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 Persönlichkeitsreifung 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 40 einstündigen Sitzungen 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.<sup>75</sup>

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) Aufgehoben<sup>76</sup>

#### 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 bei Krankheit folgende Leistungen:<sup>77</sup>

- a) die von Ärzten oder Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft sowie die dabei von einem Arzt abgegebenen Arzneimittel nach Anhang 2;<sup>78</sup>
- b) die Entbindung zu Hause oder in einer Heilanstalt sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Hebammen;
- c) die von Hebammen durchgeführte Betreuung im Wochenbett nach Art. 56 Abs. 1 Bst. d.<sup>79</sup>
- d) die von Hebammen durchgeführte Betreuung nach Fehlgeburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch nach Art. 56 Abs. 1 Bst e.<sup>80</sup>

## Art. 52

*Arzneimittel; Grundsatz<sup>81</sup>*

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<sup>82</sup> Anwendung. Die Vorschriften über die Zulassung und die Einfuhr von Heilmitteln bleiben vorbehalten.<sup>83</sup>

1a) Aufgehoben<sup>84</sup>

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.<sup>85</sup>

4) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Arzneimittel, die von Ärzten oder Spitalern 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.<sup>86</sup>

#### Art. 52a

##### *Leistungen der Apotheker<sup>87</sup>*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt neben den mit dem Preis in der Spezialitätenliste bereits abgesehenen Leistungen die folgenden Leistungen der Apotheker:<sup>88</sup>

- a) Beratung bei der Ausführung einer ärztlichen oder chiropraktorischen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;<sup>89</sup>
- b) Ausführung einer ärztlichen oder chiropraktorischen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;<sup>90</sup>
- c) ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.<sup>91</sup>

2) Apotheker können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch preisgünstigere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung 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.<sup>92</sup>

#### Art. 52b<sup>93</sup>

##### *Co-Marketing Präparate*

1) Bei Co-Marketing-Präparaten nach Anhang 2a<sup>bis</sup> wird von der obligatorischen Krankenversicherung lediglich der im Verhältnis zum Basis-Präparat günstigere Publikumspreis vergütet.

2) Wird ein Co-Marketing-Präparat neu in den Anhang 2a<sup>bis</sup> aufgenommen, so werden die Kosten des Basis-Präparats während den ersten drei Monaten nach Aktualisierung des Anhangs weiterhin im vollen Umfang vergütet.

3) Als Co-Marketing-Präparate gelten Arzneimittel, die sich von einem anderen zugelassenen Arzneimittel (Basis-Präparat) mit Ausnahme der Bezeichnung und der Packung nicht unterscheiden.

Art. 52c<sup>94</sup>*Übernahme der Kosten eines Arzneimittels der Spezialitätenliste ausserhalb der genehmigten Fachinformation oder Limitierung*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines in die Spezialitätenliste (Art. 52) aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic (Institut) genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung, wenn:

- a) der Einsatz des Arzneimittels eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistung bildet und diese eindeutig im Vordergrund steht; oder
- b) vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.

2) Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gutssprache der Kasse nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

3) Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen.

4) Die Kasse bestimmt die Höhe der Vergütung. Der in der Spezialitätenliste aufgeführte Preis gilt als Höchstpreis.

Art. 52d<sup>95</sup>*Übernahme der Kosten eines nicht in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten eines vom Institut zugelassenen verwendungsfertigen Arzneimittels, das nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen ist, für eine Anwendung innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation, wenn die Voraussetzungen nach Art. 52c Abs. 1 Bst. a oder b erfüllt sind.

2) Sie übernimmt die Kosten eines vom Institut nicht zugelassenen Arzneimittels, das nach dem Heilmittelgesetz eingeführt werden darf, wenn die Voraussetzungen nach Art. 52c Abs. 1 Bst. a oder b erfüllt sind und das

Arzneimittel von einem Land mit einem vom Institut als gleichwertig anerkannten Zulassungssystem für die entsprechende Indikation zugelassen ist.

3) Sie übernimmt die Kosten des Arzneimittels nur auf besondere Gut-  
sprache der Kasse nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

4) Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Ver-  
hältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Die Kasse bestimmt die Höhe  
der Vergütung.

Art. 52e<sup>96</sup>

Aufgehoben

Art. 53

### *EWR-Arzneimittel*

1) Für Arzneimittel aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arz-  
neimittel), die einem Arzneimittel in der Spezialitätenliste des schweizeri-  
schen Bundesamtes für Gesundheit (SL-Arzneimittel) bezüglich des Her-  
stellers sowie bezüglich des Wirkstoffes oder der Wirkstoffkombination  
entsprechen und bezüglich der Wirkstoffkonzentration, der Darreichungs-  
form sowie der Packungsgrösse mit dem entsprechenden SL-Arzneimittel  
therapeutisch gleichwertig sind, besteht eine Leistungspflicht der Kranken-  
kassen.<sup>97</sup>

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.<sup>98</sup>

3) Der Kassenverband hat binnen 60 Tagen seit der Mitteilung zu prüfen,  
ob gemäss der Formel nach Abs. 4 für das EWR-Arzneimittel eine Ersatz-  
leistung resultiert, die unter dem Preis für das entsprechende SL-Arznei-  
mittel liegt.<sup>99</sup>

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

5) Liegt die gemäss der Formel nach Abs. 4 errechnete Ersatzleistung  
unter dem Preis für das entsprechende SL-Arzneimittel, haben die Kran-

kenkassen 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.<sup>100</sup>

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.<sup>101</sup>

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.<sup>102</sup>

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.<sup>103</sup>

## 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:<sup>104</sup>

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

2) Die in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen sind zur Einhaltung und damit zur Kontrolle der Ersatzregelung gemäss Art. 52 und 53 sowie zur Bereitstellung der erforderlichen statistischen Daten des Vorjahres jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres zu Händen des 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.<sup>105</sup>

#### Art. 54a

##### *Analysen*<sup>106</sup>

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<sup>107</sup>, einschliesslich ihrer Anhänge und Erläuterungen dazu, Anwendung.<sup>108</sup>

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.<sup>109</sup>

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.<sup>110</sup>

## 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)<sup>111</sup> Anwendung. Die einzelnen Produkte müssen nach dem Heilmittelgesetz für die Abgabe an die Versicherten zugelassen und ärztlich verordnet sein.<sup>112</sup>

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 2c festgehalten.<sup>113</sup>

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

Art. 56<sup>114</sup>*Leistungen von Hebammen*

1) Die Hebammen können zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Leistungen erbringen:

- a) Die im Anhang 2 Ziff. 2.3 Bst. a aufgeführten besonderen Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft unter den folgenden Voraussetzungen:<sup>115</sup>
  1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sieben Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass im ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
  2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung.
- b) Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen im Sinne von Anhang 2 Ziff. 2.3 Bst. b anordnen.
- c) Die Leistungen nach Anhang 2 Ziff. 2.3 Bst. c, e, f und g.
- d) Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind

sowie zur Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter in der Pflege und Ernährung des Kindes:<sup>116</sup>

1. In den 56 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einer Sectio höchstens 16 Hausbesuche durchführen; in allen übrigen Situationen kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen.
  2. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme zusätzlich zu den Hausbesuchen nach Ziff. 1 höchstens 5 weitere Zweitbesuche am gleichen Tag durchführen.
  3. Für Hausbesuche, die in den 56 Tagen nach der Geburt zusätzlich zu den Hausbesuchen nach den Ziff. 1 und 2 oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden sollen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.
- e) Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustands der Versicherten nach einer Fehlgeburt oder einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch, sofern dieser nach liechtensteinischem Recht straflos (§ 96 Abs. 4 StGB) und nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs zulässig ist, ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche unter den folgenden Voraussetzungen:<sup>117</sup>
1. Nach der Fehlgeburt oder dem Schwangerschaftsabbruch kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen.
  2. Für zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.
- 2) Die Hebammen können gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste für Leistungen nach Anhang 2 Ziff. 2.3 Bst. a und e in Absprache mit dem behandelnden Arzt die notwendigen Laboranalysen veranlassen.

#### Art. 57

##### *Leistungen von Physiotherapeuten<sup>118</sup>*

- 1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Physiotherapeuten, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden.<sup>119</sup>

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.<sup>120</sup>

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, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>121</sup>

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.<sup>122</sup>

4) Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 3<sup>quater</sup> des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Abs. 2a.<sup>123</sup>

#### Art. 57a

##### *Leistungen von medizinischen Masseurinnen*<sup>124</sup>

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von medizinischen Masseurinnen, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.<sup>125</sup>

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.<sup>126</sup>

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.<sup>127</sup>

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.<sup>128</sup>

#### Art. 58

##### *Leistungen von Ernährungsberatern<sup>129</sup>*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Ernährungsberatern, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.<sup>130</sup>

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.<sup>131</sup>

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.<sup>132</sup>

#### Art. 59<sup>133</sup>

##### *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<sup>134</sup>*

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.<sup>135</sup>

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.<sup>136</sup>

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, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>137</sup>

4) Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 3<sup>quater</sup> des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Abs. 3.<sup>138</sup>

#### Art. 59b<sup>139</sup>

##### *Leistungen von Logopäden*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Leistungen der Logopädie, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von Logopäden aufgrund von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses oder des Schluckens erbracht werden, soweit die Störungen zurückzuführen sind auf:<sup>140</sup>

a) neurologische Leiden mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoröser, vaskulärer, hypoxischer oder degenerativer Ursache;

b) phoniatische Leiden, insbesondere partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes sowie Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache.

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens zwölf 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.<sup>141</sup>

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. 59c<sup>142</sup>

##### *Leistungen von Naturheilpraktikern*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Naturheilpraktikern, 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.<sup>143</sup>

3) Soll die Naturheilpraktik nach einer Behandlung, die neun 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 Naturheilpraktik zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.<sup>144</sup>

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

## Art. 60

*Leistungen bei Aufenthalt in einer Einrichtung des Gesundheitswesens*<sup>145</sup>

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 oder dem Kassenverband abgeschlossenen Tarifvereinbarungen.<sup>146</sup>

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.<sup>147</sup>

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.<sup>148</sup>

5) Die Kassen leisten auf Verlangen der Einrichtung des Gesundheitswesens die entsprechenden Kostengutsprachen. Diese können von den Kassen zeitlich befristet werden.<sup>149</sup>

*Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim*<sup>150</sup>Art. 61<sup>151</sup>*a) Umschreibung des Leistungsbereichs*

1) Als Leistungen nach Art. 13 Bst. a und b des Gesetzes gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Anhang 4 Ziff. 5.1 Bst. a und nach Art. 62 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a) von Pflegefachfrauen (Art. 66 Abs. 1 Bst. i);
- b) von Organisationen der Hauskrankenpflege (Art. 82 Abs. 1 Bst. a der Gesundheitsverordnung und Art. 68 dieser Verordnung);
- c) von Pflegeheimen (Art. 37 Abs. 1 Bst. b des Gesundheitsgesetzes und Art. 68 dieser Verordnung).
  - 2) Die Leistungen im Sinne von Abs. 1 sind in Anhang 4 aufgeführt.
  - 3) Die folgenden Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein:
    - a) Die Leistungen nach Anhang 4 Ziff. 5.1 Bst. c müssen durch eine Pflegefachfrau (Art. 66 Abs. 1 Bst. i) vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.
    - b) Die Abklärung, ob Massnahmen nach Anhang 4 Ziff. 5.2 Bst. n und o und Ziff. 5.3 Bst. b durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau (Art. 66 Abs. 1 Bst. i) vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.
  - 4) Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.

#### Art. 62<sup>152</sup>

##### *b) Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung*

- 1) Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bestimmt, ob der Patient Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 benötigt. Darin kann der Arzt bestimmte Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 für notwendig erklären.
- 2) Der Arzt darf den Auftrag oder die Anordnung für die Dauer von maximal neun Monaten erteilen.
- 3) Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten der Kasse bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.
- 4) Aufträge oder Anordnungen nach Abs. 2 können verlängert werden.

Art. 63<sup>153</sup>*c) Bedarfsermittlung*

1) Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 61 Abs. 2, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Art. 62 notwendig sind (Bedarfsermittlung), erfolgt durch eine Pflegefachfrau (Art. 66 Abs. 1 Bst. i) in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat.

2) Ergibt die Bedarfsermittlung, dass Leistungen nach Anhang 4 Ziff. 5.2 notwendig sind, so wird für diese die ausdrückliche Zustimmung des Arztes benötigt. Erteilt dieser die ausdrückliche Zustimmung nicht, so ist die Bedarfsermittlung erneut durchzuführen. Die erneute Bedarfsermittlung erfolgt unter ärztlicher Mitwirkung, wenn der Arzt dies als notwendig erachtet.

3) Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes.

4) Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular, das von den Leistungserbringern und den Kassen gemeinsam erarbeitet wurde, festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben.

5) Die Kasse kann verlangen, dass ihr diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 betreffen.

6) Nach einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer ärztlichen Anordnung bedarf es einer neuen Bedarfsermittlung.

Art. 63a<sup>154</sup>*d) Bedarfsermittlung in Pflegeheimen*

1) Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss sich auf ein Instrument stützen, das folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a) Es grenzt die Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 von anderen Leistungen ab.
- b) Es stützt sich auf die in Zeitstudien ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen; es gewährleistet, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen,

die es einer Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser Bedarfsstufe liegt.

- c) Die in den Zeitstudien ermittelte Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf wird für jede Bedarfsstufe ausgewiesen.
- 2) Die Zeitstudien nach Abs. 1 Bst. b müssen:
- a) auf einer einheitlichen, von Kassen und Leistungserbringern gemeinsam vereinbarten Methodik beruhen, die geeignet ist, eine Abgrenzung von Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 von anderen Leistungen vorzunehmen;
- b) für die Gesamtheit der vom Instrument betroffenen Patienten von Pflegeheimen ausreichend repräsentativ sein.

#### Art. 63b<sup>155</sup>

##### *e) Kontrollverfahren*

Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen bei Leistungserbringern nach Art. 61 Abs. 1 Bst. a und b. Sieht die Bedarfsermittlung mehr als 60 Stunden pro Quartal vor, kann diese vom Vertrauensarzt (Art. 20 des Gesetzes) überprüft werden. Sieht sie weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt der Vertrauensarzt systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Kassen können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren.

#### Art. 63c<sup>156</sup>

##### *f) Abrechnung*

1) Die Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 der Pflegefachfrauen oder der Organisationen der Hauskrankenpflege müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.

2) Die Leistungen nach Art. 61 Abs. 2 der Pflegeheime müssen nach dem Pflegebedarf in Rechnung gestellt werden.

#### Art. 64<sup>157</sup>

##### *Krankentransporte*

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Krankentransporte durch zugelassene Krankentransportunterneh-

mungen in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel, wenn:

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

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

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

1. die Kosten für Leistungen nach Massgabe von Art. 18 Abs. 2a des Gesetzes übernommen werden; oder
2. die Behandlung des Versicherten in der betreffenden Praxis nach Massgabe von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kasse kann sich die Notwendigkeit der Behandlung in der betreffenden Praxis ärztlich bestätigen lassen.

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

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

b) Transporte im Ausland in die nächstliegend geeignete Einrichtung des Gesundheitswesens.

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

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

#### Art. 64a<sup>158</sup>

##### *Bescheide über die Zuerkennung von Leistungen*

Die Kasse hat Bescheide über Anträge auf Zuerkennung von Leistungen binnen vier Wochen den betroffenen Versicherten mitzuteilen; der Erlass einer Verfügung nach Art. 27 Abs. 1 des Gesetzes bleibt vorbehalten.

## IV. Leistungserbringer

#### Ärzte<sup>159</sup>

#### Art. 65

##### *a) Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung<sup>160</sup>*

1) Ärzte sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn:<sup>161</sup>

- a) ihnen das Amt für Gesundheit eine Bewilligung zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes nach dem Ärztegesetz erteilt hat;<sup>162</sup>
- b) sie unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung durch die Ärztekammer und den Kassenverband zugelassen sind; und<sup>163</sup>
- c) sie mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.<sup>164</sup>

2) Leistungen von Personen, welche den ärztlichen Beruf nicht eigenverantwortlich in einem Anstellungsverhältnis zu Ausbildungszwecken nach dem Ärztegesetz ausüben, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn die betreffende Person unter der Aufsicht und Anleitung eines nach Abs. 1 zugelassenen Arztes tätig ist.<sup>165</sup>

Art. 65a<sup>166</sup>*b) Bedarfsplanung*

1) Die Ärztekammer und der Kassenverband sind im Rahmen der Bedarfsplanung (Art. 16b Abs. 1 des Gesetzes) verpflichtet:

- a) die Zahl der zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer sowie die Aufteilung in Grundversorger und Spezialärzte in einem Stellenplan zu erfassen;
- b) die Art der Leistungserbringung in Stellenbeschreibungen festzuhalten; und
- c) Mindestarbeitszeiten für die Erbringung von Leistungen in Teilzeit festzulegen.<sup>167</sup>

2) Die konkrete Zuordnung einer Stelle zu einem Leistungserbringer erfolgt gemeinsam durch die Ärztekammer und den Kassenverband nach Art. 16b Abs. 6 des Gesetzes. Der Kassenverband hat der Regierung jährlich spätestens im März des Folgejahres einen Bericht über die Besetzung der genehmigten Stellen im vorangegangenen Kalenderjahr vorzulegen. Veränderungen im Berichtsjahr sind zu dokumentieren.

Art. 65b<sup>168</sup>c) *Verträge mit Leistungserbringern*<sup>169</sup>

1) In den schriftlichen Vertrag nach Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes sind die Stellenbeschreibung sowie der Leistungsumfang des Stelleninhabers aufzunehmen.

2) Ungeachtet von Abs. 1 darf ein Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung alle Leistungen erbringen, die seiner Fachkompetenz bzw. Dignität (Art. 73 Abs. 3) entsprechen.<sup>170</sup>

3) Der Kassenverband hat den Bericht nach Art. 16d Abs. 6 des Gesetzes dem Amt für Gesundheit alle zwei Jahre jeweils spätestens im Mai vorzulegen. Für jeden Stelleninhaber ist darin anzugeben, ob die mit seiner Stelle konkret verbundenen Aufgaben und Pflichten im Berichtszeitraum ohne Beanstandung erfüllt, mit Beanstandungen erfüllt oder nicht erfüllt wurden. Werden Beanstandungen oder eine Nichterfüllung angegeben, ist dies zu erläutern sowie über die getroffenen Massnahmen zu berichten; das Amt für Gesundheit fordert die betroffenen Leistungserbringer zur Stellungnahme auf.<sup>171</sup>

*Weitere Gesundheitsberufe*<sup>172</sup>Art. 66<sup>173</sup>a) *Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung*

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

- a) Apotheker;
- b) Chiropraktor;
- c) Ergotherapeut;
- d) Ernährungsberater;
- e) Hebamme;
- f) Logopäde;
- g) medizinischer Masseur;
- h) Naturheilpraktiker;
- i) Pflegefachfrau;
- k) Physiotherapeut;

- l) Psychotherapeut;
- m) Zahnarzt.

2) Die Zulassung wird erteilt, wenn:

- a) der betreffenden Person eine Bewilligung zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes nach dem Gesundheitsgesetz erteilt worden ist;
- b) sofern erforderlich, die weiteren Voraussetzungen für die Bewilligung aufgrund einer Bedarfsplanung erfüllt sind; und
- c) die betreffende Person mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen hat.

3) Leistungen von Personen, welche die Voraussetzungen zur Erteilung einer Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung nach dem Gesundheitsgesetz nicht vollständig erfüllen und die sich in einem in Anstellungsverhältnis im Rahmen der Absolvierung einer einschlägigen Ausbildung zur Erlangung der erforderlichen Weiterbildungserfordernisse befinden, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn die betreffende Person unter der Aufsicht und Anleitung eines nach Abs. 2 zugelassenen Leistungserbringers tätig ist.

#### Art. 66a<sup>174</sup>

##### *b) Bedarfsplanung für Psychotherapeuten<sup>175</sup>*

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. 67<sup>176</sup>

##### *c) Bedarfsplanung für Chiropraktoren*

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

Art. 68<sup>177</sup>*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:<sup>178</sup>

- a) Laboratorien unter der Leitung eines nach dem Gesundheitsgesetz zugelassenen labormedizinischen Diagnostikers mit einer Weiterbildung nach Abs. 2;<sup>179</sup>
- b) das Praxislaboratorium eines Arztes für Analysen, die nach den Anhängen zur Analysenliste im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden dürfen;<sup>180</sup>
- c) das Laboratorium des Landesspitals für Analysen, die für den Eigenbedarf des Spitals durchgeführt werden.<sup>181</sup>

2) Als Weiterbildung für labormedizinische Diagnostiker gilt die vom Verband "Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (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.<sup>182</sup>

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. 70<sup>183</sup>*Krankentransportunternehmungen*

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

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

Art. 71<sup>184</sup>*Leistungserbringer im Ausland*

Gesundheitsberufe mit einer gleichwertigen Ausbildung sowie 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:<sup>185</sup>

- 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. 72<sup>186</sup>

Aufgehoben

Art. 72a<sup>187</sup>*Zahlstellenummer*

Die Kassen stellen mittels Zahlstellenummer die Zuordenbarkeit zu vergütender Leistungen zum Leistungserbringer sicher, wobei angestellten Leistungserbringern unter der Zahlstellenummer 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. 73<sup>188</sup>

#### *Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARDOC und Ambulante Pauschalen)*

1) Ärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur zu berechnen, bestehend aus:

- a) dem ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC); und
- b) dem ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen).

2) Abweichungen von TARDOC und den Ambulanten Pauschalen ergeben sich aus Anhang 2 Ziff. 2.1 und 2.2.

3) Die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechenbaren ärztlichen Leistungen werden nach Massgabe des geltenden Tarifvertrags (Art. 16c Abs. 1 des Gesetzes) durch die von der Ärztekammer zugeteilten Fachkompetenzen (Dignitäten) bestimmt.

4) Die jeweils aktuelle Fassung des TARDOC und der Ambulanten Pauschalen ist einsehbar unter <https://www.llv.li/#/aerztliche-leistungen><sup>189</sup>.

### Art. 73a<sup>190</sup>

#### *Tarifvereinbarungen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens im In- und Ausland*

1) Der Kassenverband schliesst gestützt auf Art. 16c Abs. 7 des Gesetzes mit folgenden Einrichtungen des Gesundheitswesens die Tarifvereinbarungen ab:

- a) Einrichtungen, die der stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung von akuten Krankheiten oder der Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen, insbesondere Kliniken und Spitäler;
- b) Einrichtungen, die der Pflege und der medizinischen Betreuung oder Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen, insbesondere Pflegeheime;
- c) Organisationen der Hauskrankenpflege.

2) Das Amt für Gesundheit teilt dem Kassenverband die einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Abs. 1 mit und macht ihm Vor-

gaben für den Abschluss der Tarifvereinbarungen, insbesondere zum Leistungsauftrag, zur Finanzierung sowie zu den weiteren Rahmenbedingungen (Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und sonstige Anforderungen).

3) Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung.

*Tarife für nicht zugelassene Leistungserbringer im In- und Ausland*<sup>191</sup>

Art. 73b<sup>192</sup>

*a) Vergütung von stationären Wahlbehandlungen*

1) Wählt ein Versicherter für eine stationäre Behandlung im Sinne von Art. 18 Abs. 3 des Gesetzes ein Spital, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, so haben die Kassen höchstens den vom Amt für Gesundheit festgelegten Referenztarif zu vergüten. Das Amt für Gesundheit bestimmt jeweils im Dezember den per 1. Januar des folgenden Jahres geltenden Referenztarif.

2) Für die Ermittlung des Referenztarifs ist der Durchschnitt aus den Tarifen der Vertragsspitäler der stationären Grundversorgung, die nach dem Vergütungsmodell vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) abrechnen und einen Beitrag des Staates im Sinne von Art. 24 Abs. 1 Bst. c des Gesetzes erhalten, massgebend. Bei Behandlungen, die in solchen Vertragsspitälern nicht erbracht werden können (Spezialbehandlungen), ist für die Ermittlung des Referenztarifs der Durchschnitt aus den Tarifen jener Vertragsspitäler, die diese Behandlungen anbieten, massgebend.

3) Die Gewichtung der Tarife der einzelnen Spitäler erfolgt nach Massgabe der Anzahl der Austritte von obligatorisch Versicherten im Sinne von Art. 7 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes.

Art. 74

*b) Vergütung von Leistungen aus medizinischen Gründen*<sup>193</sup>

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.<sup>194</sup>

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.<sup>195</sup>

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.<sup>196</sup>

#### Art. 75<sup>197</sup>

##### *Tarifvereinbarungen für freiwillige Versicherungen*

Tarifvereinbarungen für Leistungen der freiwilligen Versicherungen mit Spitälern 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.

#### Art. 75a<sup>198</sup>

##### *Informationen und Daten*

Die Ärztekammer und der Kassenverband müssen dem Amt für Gesundheit auf Verlangen kostenlos alle Daten und sonstigen Informationen übermitteln, die notwendig sind, um die Auswirkungen der Einführung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur nach Art. 16c Abs. 3 des Gesetzes zu evaluieren.

## VI. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

#### Art. 76

##### *Rechnungsstellung im Allgemeinen<sup>199</sup>*

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 und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind, für:
  1. ambulante Behandlungen unter Angabe des in Anhang 4b festgelegten Diagnosecodes; Ärzte mit anerkanntem Praxis-OP wenden den ICD-10-Code bzw. die aktuelle Version CHOP an;<sup>200</sup>
  2. stationäre Behandlungen bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) nach den Bestimmungen des Art. 76b;
  3. andere stationäre Behandlungen unter Angabe des in der Tarifvereinbarung oder, bei Fehlen einer Vereinbarung, von der Regierung festgelegten Diagnosecodes;<sup>201</sup>
- d) die Klassifizierung der erbrachten Leistungen nach dem zugrunde liegenden versicherten Risiko nach Art. 12 des Gesetzes (Krankheit, Unfall, Mutterschaft) oder als präventivmedizinische Massnahme nach Art. 13 Abs. 3 des Gesetzes.<sup>202</sup>
  - 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.<sup>203</sup>

#### Art. 76a<sup>204</sup>

##### *Rechnungsprüfung und Dokumentation im Allgemeinen*

- 1) Die Kassen überprüfen sämtliche Rechnungen der Leistungserbringer auf deren sachlich-rechnerische Richtigkeit.
- 2) Verlangt die Kasse vom Leistungserbringer im Laufe der Prüfung zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur, so hat sie den Versicherten über seine Wahlmöglichkeit nach Art. 20a des Gesetzes zu informieren.
- 3) Die Kassen führen bei Leistungserbringern regelmässig Stichproben zur Überprüfung der Plausibilität ihrer Abrechnungen durch. Über dabei festgestellte oder durch Versicherte gemeldete Abrechnungsauffälligkeiten wird der Kassenverband informiert.

4) Die Kassen treffen die notwendigen organisatorischen Massnahmen zur Umsetzung der Verpflichtungen aus dem Gesetz und dieser Verordnung. Sie erlassen insbesondere interne Weisungen und sorgen für die Aus- und Weiterbildung ihres Personals.

5) Die Kassen haben ausreichend zu dokumentieren:

- a) das System der Rechnungsprüfung, insbesondere:
  1. die internen Weisungen;
  2. die Zuständigkeiten und Kompetenzen (Aufbauorganisation); und
  3. die organisatorischen Abläufe;
- b) die durchgeführten Stichproben zur Plausibilitätsprüfung und dabei festgestellte Auffälligkeiten; und
- c) Mitteilungen durch Versicherte über Abrechnungsauffälligkeiten.

Art. 76b<sup>205</sup>

*Rechnungsstellung und -prüfung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG*

1) Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG muss der Leistungserbringer die Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben nach Art. 76 Abs. 1 mit einer einmaligen Identifikationsnummer versehen. Die Struktur der Datensätze entspricht dem in der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (SR 832.102.14) festgelegten einheitlichen Standard.

2) Die Diagnosen und verwandten Gesundheitsprobleme sind mit dem Code der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), die operativen Eingriffe nach dem Code der schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP), der adaptierten schweizerischen Ausgabe der amerikanischen Operationsklassifikation, zu schlüsseln.

3) Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Art. 76 Abs. 1 gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle der Kasse weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält.

4) Die Datenannahmestelle bestimmt, für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird, und leitet die dazu notwendigen Angaben an die Kasse weiter. Die Kasse darf der Datenannahmestelle keine Weisungen bezüglich der Datenweitergabe in Bezug auf einzelne Rechnungen erteilen.

5) Jede Kasse muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Die Kasse hat dem Amt für Gesundheit jährlich einen Nachweis über die Gewährleistung des Datenschutzes im Sinne der Datenschutzgesetzgebung und der Datensicherheit zu erbringen. Das Amt für Gesundheit kann von der Kasse jederzeit die für die Prüfung des Nachweises relevanten Dokumente einfordern. Die Datenschutzstelle wird zur Prüfung des vorgelegten Nachweises vom Amt für Gesundheit beigezogen.<sup>206</sup>

6) Das Amt für Gesundheit veröffentlicht eine Liste der Datenannahmestellen.<sup>207</sup>

#### Art. 76c<sup>208</sup>

##### *Datensichernde Massnahmen und Aufbewahrung*

1) Für die Bearbeitung der medizinischen Angaben nach Art. 76 Abs. 1 treffen die Kassen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen.<sup>209</sup>

2) Sofern die medizinischen Angaben nach Art. 76 Abs. 1 beim Vergütungsmodell des Typus DRG nicht verschlüsselt aufbewahrt werden, werden die Personalien der Versicherten zur Aufbewahrung dieser Angaben pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung oder Verschlüsselung darf nur durch den Vertrauensarzt erfolgen.

#### 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;<sup>210</sup>
- e) Arzneimittelkosten;<sup>211</sup>
- f) Aufgehoben<sup>212</sup>
- g) Aufgehoben<sup>213</sup>

2) Die einzelnen Kostenpositionen sind jeweils separat anzuführen.

Art. 77a<sup>214</sup>

Aufgehoben

## VII. Finanzierung

### A. Beiträge und Kostenbeteiligung

Art. 78

#### *Beiträge der Versicherten*

1) Die Kassen haben jede Änderung der Beiträge der Versicherten spätestens vier Monate vor dem Inkrafttreten dem Amt für Gesundheit zur Kenntnis zu bringen. Teilt die Aufsichtsbehörde der Kasse spätestens drei Monate vor dem Inkrafttreten 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.<sup>215</sup>

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.<sup>216</sup>

3) Die Kasse muss die neuen Beiträge der Versicherten jedem Versicherten mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf die Möglichkeit eines Wechsels der Kasse (Art. 35a Abs. 1) hinweisen.<sup>217</sup>

Art. 78a<sup>218</sup>

#### *Zuschlag für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung*

Der Zuschlag für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung wird getrennt für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bestimmt.

## Art. 79

*Arbeitgeberbeiträge*

1) Das Amt für Gesundheit bestimmt jeweils spätestens im September 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 obligatorischer und freiwilliger Kostenbeteiligung nach Art. 23 und 23a des Gesetzes ohne den Zuschlag für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Gewichtung der Prämien der einzelnen Kassen erfolgt nach dem Gesamtbestand an Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.<sup>219</sup>

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.<sup>220</sup>

## Art. 80

*Kollektivversicherung*

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

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

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

Art. 81<sup>221</sup>*Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke*

1) Versicherte mit obligatorischer Kostenbeteiligung nach Art. 23 des Gesetzes, die wegen regelmässiger wiederkehrender 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 auf den Beginn des dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags folgenden Kalenderjahres.

#### Art. 81a<sup>222</sup>

##### *Kostenbeteiligung bei Mutterschaft*

1) Der Arzt, der die Schwangerschaft begleitet, ermittelt den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche und gibt ihn der Kasse schriftlich bekannt.

2) Eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt als Niederkunft.

3) Die Frist von 10 Wochen nach Art. 23b Abs. 1 Bst. d des Gesetzes endet am 70. Tag nach der Niederkunft um 24 Uhr.

#### Art. 82<sup>223</sup>

##### *Freiwillige Kostenbeteiligung*

1) 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.

2) Die Reduktion der Prämie darf pro Kalenderjahr nicht höher sein als 70 % des von den Versicherten eingegangenen zusätzlichen Risikos der Kostenbeteiligung.

3) Die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

4) Der Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung ist unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

5) Wechselt der Versicherte die Kasse während des Kalenderjahres, so behält er die bei der bisherigen Kasse gewählte Kostenbeteiligung bei, sofern die übernehmende Kasse diese der Höhe nach anbietet. Bietet sie

diese nicht an, so kann der Versicherte die nächsttiefere oder eine höhere angebotene Kostenbeteiligung wählen. Die neue Kasse rechnet die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Kostenbeteiligung an. Wurde keine Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

#### Art. 83<sup>224</sup>

##### *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 Kinder<sup>225</sup>*

1) Die Kassen übergeben dem Amt für Gesundheit bis zum 31. Januar des folgenden Jahres die nötigen Angaben zur Berechnung des Landesdurchschnittes der Kosten für Kinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr für die Staatsbeiträge nach Art. 24a Abs. 1 des Gesetzes. Kinder, welche im Laufe eines Kalenderjahres das 16. Altersjahr vollenden, werden ab dem darauffolgenden Kalenderjahr nicht mehr berücksichtigt.<sup>226</sup>

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

3) Massgebend für die Feststellung der jährlichen Behandlungskosten ist das Behandlungsjahr.<sup>227</sup>

#### Art. 84a<sup>228</sup>

##### *Staatsbeitrag für Versicherte im ordentlichen Rentenalter*

1) Die Kassen übergeben dem Amt für Gesundheit bis zum 31. Januar des folgenden Jahres die nötigen Angaben zur Berechnung der Staatsbeiträge nach Art. 23 Abs. 2b des Gesetzes für Versicherte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben.

2) Für die Berechnung der Staatsbeiträge für Versicherte im ordentlichen Rentenalter sind die Kosten des Behandlungsjahres heranzuziehen. Es sind

ausschliesslich Leistungen zu berücksichtigen, für die nach Massgabe des Gesetzes eine Kostenbeteiligung vorgesehen ist.

## 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.<sup>229</sup>

2) Massgebend für die Feststellung der jährlichen Behandlungskosten ist das Behandlungsjahr.<sup>230</sup>

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.<sup>231</sup>

## Art. 86<sup>232</sup>

### *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.<sup>233</sup>

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.<sup>234</sup>

### C. Beiträge an einkommensschwache Versicherte<sup>235</sup>

Art. 88 bis 95<sup>236</sup>

aufgehoben

## 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.<sup>237</sup>

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.<sup>238</sup>

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.<sup>239</sup>

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.<sup>240</sup>

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

## B. Hausarztssystem

Art. 97<sup>241</sup>

*Aufnahme in den Hausärzteverein*

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. 100<sup>242</sup>

1) Bereits anerkannte Kassen haben dem Amt für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2000 eine Bescheinigung über ihren Eintrag ins Handelsregister einzureichen.<sup>243</sup>

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. 101<sup>244</sup>

*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, LGBI. 1989 Nr. 52;

- b) Verordnung vom 14. November 1995 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1995 Nr. 213;
- c) Kundmachung vom 19. Dezember 1995 über die Berichtigung des Landesgesetzblattes 1995 Nr. 213, LGBL. 1996 Nr. 4;
- d) Verordnung vom 13. August 1996 über die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1996 Nr. 129;
- e) Verordnung vom 9. Dezember 1998 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBL. 1998 Nr. 220.

### Art. 103

#### *Inkrafttreten*

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

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

## Anhang 1<sup>245</sup>

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

### Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

#### Einleitende Bemerkungen

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

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

### Inhaltsverzeichnis

#### 1 Chirurgie

##### 1.1 Chirurgie allgemein und diverse

##### 1.2 Transplantationschirurgie

##### 1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates

##### 1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

##### 1.5 Urologie

##### 1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

#### 2 Innere Medizin

##### 2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

##### 2.2 Kardiologie

- 2.3 Neurologie
- 2.4 Rheumatologie
- 2.5 Onkologie und Hämatologie
- 3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin
- 4 Pädiatrie
- 5 Dermatologie
- 6 Ophthalmologie
- 7 Oto-Rhino-Laryngologie
- 8 Psychiatrie und Psychotherapie
- 9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin
- 9.1 Diagnostische Radiologie
- 9.2 Interventionelle Radiologie
- 9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie
- 9.4 Nuklearmedizin
- 10 Komplementärmedizin
- 11 Rehabilitation
- 12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie
- 13 Zahnmedizin

## 1 Chirurgie

### 1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lymphvenöse Anastomose und Vaskularisierte Lymphknotentransplantation zur Behandlung von Lymphödem	Ja	Wenn die mit dem Lymphödem verbundenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen ungenügend auf dokumentierte, leitlinienkonforme konservative komplexe physikalische Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Bewegungsübungen, Kompression, Hautpflege) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen.	1.4.2023-31.12.2026

Liposuktion zur Behandlung von Schmerzen bei Lipödem	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Wenn die mit dem Lipödem verbundenen Schmerzen ungenügend auf intensive und dokumentierte konservative Therapie (konsequente Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainagetherapie) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen.</p>	<p>1.9.2006, 1.7.2017 - 31.12.2020, 1.4.2023 - 31.12.2026</p>
Operative Adipositasbehandlung	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Indikationsstellung interdisziplinär durch mindestens zwei der folgenden Fachärzte für Angiologie, Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Endokrinologie/Diabetologie oder Dermatologie.</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt mit profundem Wissen mit der Technik der Liposuktion.</p> <p>Der Patient hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos.</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der "Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders" (SMOB) vom 1. Juli 2023<sup>246</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien vom 1. Juli 2023 anerkannt sind, wird davon</p>	<p>1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018, 1.4.2023, 1.9.2023</p>

		ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Metabolische Chirurgie	Ja	Der Patient hat einen schlecht einstellbaren Diabetes Typ II und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 - 35. Der Diabetes Typ 2 lässt sich durch konservative Massnahmen alleine über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht ausreichend einstellen. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der "Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)" vom 1. Juli 2023 <sup>247</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien vom 1. Juli 2023 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2023, 1.9.2023 - 31.12.2025
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		1.4.2000
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitspro-	1.9.2006, 1.1.2017, 1.4.2023

		gramm Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose vom 1. Januar 2016, revidiert am 29. September 2016 <sup>248</sup> , entspricht	
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.1.2014

## 1.2 Transplantationschirurgie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen sind die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Art. 47a Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes und nach Art. 90b der Gesundheitsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.3.2016
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	1.4.2000
Isolierte Nicht-Lebend-Lungen-transplantation	Ja	Bei Patienten im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Herz-Lungen-Transplantation	Nein		1.4.2000
Isolierte Lebertransplantation	Ja		1.4.2000, 1.8.2020
Lebend-Lebertransplantation	Ja	Eingeschlossen sind die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Art. 47a Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes und nach Art. 90b der Gesundheitsverordnung.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.3.2016, 1.8.2020

Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.

Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	1.4.2000, 1.1.2014, 1.8.2020
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja	1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Pankreas-Transplantation	Ja	1.1.2000, 1.1.2014, 1.8.2020
Kombinierte simultane Insel- und Nierentransplantation	Ja	1.1.2014, 1.8.2020
Insel- nach Nierentransplantation	Ja	1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Allotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Autotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Isolierte Dünndarmtransplantation	Ja	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020
Leber-Dünndarm- und multi-viszerale Transplantation	Ja	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020

### 1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm <sup>2</sup> Ausdehnung. Zur Behandlung von Knorpel-Knochenläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.7.2017, 1.4.2023

Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der schweizerischen Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt 2019-147.829.01-1) <sup>249</sup> . Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.7.2017 - 31.12.2020, 1.4.2023 - 31.12.2025
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.9.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.1.2014
Laser-Meniscectomie	Nein		1.9.2006

#### 1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Zement-Augmentation (Vertebroplastie, Kyphoplastie) zur Therapie von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen	Ja	Bei osteoporotischer Wirbelkörperfraktur, wenn eine konservative Schmerztherapie keine für eine Mobilisierung ausreichende Schmerzlinderung ergibt oder zu erwarten ist, gemäss der Leitlinie "Chirurgische Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen" der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neuroradiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 12. Juni 2023. <sup>250</sup> Interdisziplinäre Indikationsstellung durch ein "Spine Board", bestehend aus einem Facharzt für	1.9.2006, 1.1.2014, 1.4.2023, 1.5.2025

		<p>Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>251</sup> besitzen und mindestens einem Facharzt für Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie oder Endokrinologie. Die Besprechung und Indikationsstellung müssen dokumentiert sein.</p> <p>Durchführung an einem Zentrum, an welchem mindestens ein Facharzt für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>252</sup> tätig ist.</p>	
<p>Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat zur Therapie: - von Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule - nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem</p>	Ja	<p>Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>253</sup> besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.9.2006, 1.5.2025
<p>Prothesen der zervikalen Bandscheiben</p>	Ja	<p>Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an</p>	1.9.2006, 1.7.2017, 1.4.2023, 1.5.2025

nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.

- Degeneration von maximal zwei Segmenten
- keine primäre segmentale Kyphose
- Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.

Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>254</sup> besitzen.

Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Prothesen der lumbalen Bandscheiben Ja

Indikation: 1.9.2006,  
Symptomatische degenerative 1.7.2017,  
Erkrankung der Bandscheiben der 1.4.2023,  
Lendenwirbelsäule. 1.5.2025

Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.

- Degeneration von maximal zwei Segmenten
- keine primäre Facettengelenksarthrose
- Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.

Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chir-

	<p>urgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>255</sup> besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	
<p>Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule</p>	<p>Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>256</sup>. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2018, 1.4.2023</p>
<p>Posteriore pedikelschraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule</p>	<p>Indikationen: - Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache der Kasse erforderlich, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. - Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose. Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Aus-</p>	<p>1.1.2018, 1.4.2023, 1.5.2025</p>

nahmen sind Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.

Durchführung der Operation nur durch Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)<sup>257</sup> besitzen.

Soll der Eingriff durch einen Chirurgen durchgeführt werden, der die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Laser-Diskushernienoperation; Laserdiskusdekompression	Nein	1.4.2000
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein	1.9.2006

## 1.5 Urologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		1.4.2000, 1.1.2014
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a) bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b) bei Harnsteinen des Nierenkelches, c) bei Harnsteinen des Ureters, falls die konservative Behandlung	1.4.2000

jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird.

Die mit der speziellen Lagerung des Patienten verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und der Narkosegehilfen sowie adäquate Überwachungsgeräte).

Operative Behandlung bei Erektionsstörungen:

- hydraulisches oder semirigides Schwelkkörperimplantat Ja

Bei folgenden Indikationen:	1.1.2026
- Erektile Dysfunktion, die nicht auf die konservative / medikamentöse Therapie anspricht oder wenn limitierende Nebenwirkungen bzw. Kontraindikationen auf / gegen die medikamentöse Therapie vorliegen.	- 30.6.2029
- Therapierefraktärer Priapismus	
- Ausgeprägte Induratio penis plastica (Peyronie's Disease) in Kombination mit erektiler Dysfunktion ohne Ansprechen auf medikamentöse Therapie	
Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:	
- Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze	
- Durchführung der Eingriffe durch Fachärzte für Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie (SIWF) (Anhang 1 des Weiterbildungsprogramms Urologie vom 1. Juli 2015, zuletzt revidiert am 19. Oktober 2017 <sup>258</sup> )	
- Bei alleiniger erektiler Dysfunktion, d. h. ohne Priapismus oder Induratio penis plastica, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	

- Revaskularisationschirurgie	Nein		1.4.2000
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis:			
- mittels Verödungs- oder Coil-methode	Ja		1.4.2000
- mittels Balloons oder Mikro-coils	Nein		1.4.2000
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostaektomie	Nein		1.4.2000
Hochenergie Transurethrale Mikrowellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.9.2006
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	Als Zweitlinien- oder Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und Einbezug nicht- resp. minimal-invasiver Therapie-Optionen (tibiale/pudendale Nervenstimulation, OnabotulinumtoxinA-Injektionen in den Detrusor). Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der "Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)" vom 30. September 2021 <sup>259</sup> . Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärzten für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 19. Oktober 2017 <sup>260</sup> ) erfolgen. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021 <sup>261</sup> erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023

Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023
Perkutane Elektroneuromodulation des Tibialnervs mit Nadel- elektroden	Ja	<p>Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der "Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)" vom 30. September 2021<sup>262</sup>. Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärzten für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020<sup>263</sup>) oder Fachärzten für Chirurgie mit Diplom "EBSQ Coloproctology" erfolgen. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021<sup>264</sup> erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>Zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase oder der Stuhlinkontinenz Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen</p>	1.2.2020, 1.4.2023

		Indikationsstellung und Durchführung ausschliesslich durch Fachärzte für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017) <sup>265</sup> (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020) (bei Stuhlinkontinenz)	
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.1.2018
Behandlung von Blasenspeicherstörung durch zystoskopische Injektion von Botulinumtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen. Bei folgenden Indikationen: - Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte für Urologie durchgeführt wird - idiopathische hyperaktive Blase bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017) <sup>266</sup> durchgeführt wird	1.1.2014, 1.1.2016, 1.1.2017, 1.4.2023
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.1.2014
Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms mittels Hoch-Intensivem Fokussierten Ultraschall (HIFU)	Ja	Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Bei intermediate-risk Prostatakarzinom (PSA > 10 - 20 ng/ml	1.1.2014, 1.9.2023 - 31.12.2028

		oder Gleason-Score 7 oder cT-Kategorie 2b). - Kostenübernahme nur auf vor-gängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. - Durchführung durch Fachärzte der Urologie, die am HIFU-Register der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie teilnehmen.	
Transurethrale photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostata-obstruktionssyndrom.	1.1.2014

## 1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leis-tungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Mammarekonstruk-tion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indi-zierter Brustamputation oder teil-weißer Brustentfernung.	1.4.2000, 1.1.2016
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruk-tion der Mamma	Ja	Als ergänzende Massnahme zur Massnahme "Operative Mam-marekonstruktion". Durch Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation.	1.3.2019, 1.9.2023, 1.5.2025
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustampu-tation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasym-metrie und Herstellung der physi-schen und psychischen Integrität der Patientin.	1.1.2016, 1.10.2018
Angleichende Brustaugmenta-tion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasym-metrie und Herstellung der physi-schen und psychischen Integrität der Patientin. - Innerhalb von fünf Jahren nach Krebstherapie oder Brustrekon-struktion - Mittels Silikonprothese und / oder	1.5.2025

		- Mittels autologer Fetttransplantation (bis zu drei Sitzungen) durch Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.	
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und post-traumatischer Defekte	Ja	Durch Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2017, 1.3.2019
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: - Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; - tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche. Bei Kindern: - Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche; - tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche.	1.9.2006
Behandlung der Gesichtslipoptrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoptrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2014

## 2 Innere Medizin

### 2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Endoultrasonographischgesteuerte Hepatiko- oder Pankreatiko-Gastrostomie (EUS-HGS/PGS)	Ja		1.1.2026
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei	1.4.2000,

		- chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden - akuter Osteomyelitis am Kiefer - chronischer Osteomyelitis - diabetischem Fussyndrom im Stadium $\geq 2B$ nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation - Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung in den Zentren gemäss dem "Merkblatt für Rettungsdienste" von Divers Alert Network (DAN) und REGA <sup>267</sup> ; ausserhalb dieser Zentren: Wenn der Transport zur nächsten hyperbaren Druckkammer gemäss Merkblatt nicht schnell und schonend genug gewährleistet werden kann.	1.1.2014
	Nein	- akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2017
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung von Patienten, die bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissen wurden.	1.4.2000
Behandlung der Adipositas	Ja	- bei Übergewicht (Body-Mass-Index (BMI) $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) - bei Übergewicht (BMI $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ) und Folgeerkrankung, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	1.4.2000, 1.4.2023
- durch Amphetaminderivate	Nein		1.4.2000
- durch Schilddrüsenhormon	Nein		1.4.2000
- durch Diuretika	Nein		1.4.2000
- durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		1.4.2000
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		1.4.2000
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.4.2000
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ja	Indikationsstellung gemäss den "Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz	1.9.2006, 1.1.2014

		(GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause" vom Januar 2013 <sup>268</sup> .	
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.4.2000
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	1.4.2000, 1.1.2014
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	
Gallensteinzertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten (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 Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 <sup>269</sup> der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology" (SSSSC) erfüllen.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021

		Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome.	1.4.2000
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: - eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; - persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	1.9.2006
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.1.2014
Respiratorische Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie oder Fachärzte für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016) <sup>270</sup> , dessen Ausbildung in und praktische Erfahrung mit respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 <sup>271</sup> der "Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2016, 1.1.2018, 1.1.2021, 1.5.2025

and Chronobiology" (SSSSC) oder der "Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte" der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015<sup>272</sup> erfüllen. Bei den Fachärzten (Pneumologie, ORL oder Pädiatrie mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie [Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016<sup>273</sup>]), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Soll die Untersuchung von einem Facharzt durchgeführt werden, der nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Multiple-Sleep Latency-Test

Ja

Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019<sup>274</sup> der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

1.4.2000,  
1.1.2014,  
1.1.2018,  
1.1.2021

Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 <sup>275</sup> der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der "Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien" vom 1. Januar 2019 <sup>276</sup> der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2018, 1.1.2021
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		1.4.2000, 1.1.2014
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.9.2006

Kapselendoskopie	Ja	<p>Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutungen unbekannter Ursache</li> <li>- chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms.</li> </ul> <p>Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.9.2006
Extrakorporelle Photopherese	Ja	<p>Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom oder erythrodermatische Mycosis Fungoides Stadium IIIA, IIIB, IV).</p>	1.1.2014, 1.1.2021
	Ja	<p>Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war.</p>	1.1.2014
	Ja	<p>Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.</p>	1.1.2017, 1.4.2023 - 31.12.2025
<p>Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien</li> <li>- endovaskuläre Embolisations-therapie der penisabführenden Venen</li> </ul>	Ja	<p>Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nichtansprechen auf vasoaktive Substanzen oder wenn diese kontraindiziert sind.</li> <li>- nach vorgängigem Ausschluss urologischer und hormoneller Ursachen</li> <li>- bei hämodynamisch (Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) und bildgebend (Computertomographie oder Katheterangiographie) nachgewiesener und dokumentierter vaskulärer Ursache der erektilen Dysfunktion</li> <li>- Abklärung und Durchführung durch Fachärzte für Angiologie mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm "Interven-</li> </ul>	1.4.2023-31.12.2025

tionelle Angiologie (SGA)" vom 1. Januar 2022<sup>277</sup> oder durch Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken oder Fachärzte für Gefässchirurgie mit Erfahrung mit endovaskulären Techniken.

- vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze  
Teilnahme am Evaluationsregister "SwissPOWER"  
Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, die die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Ultraschall-Elastographie der Leber	Ja	Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitiden, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2014
-------------------------------------	----	--	----------

## 2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018
Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten	Ja		1.1.2014, 1.1.2016
Telemedizinprogramm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz	Ja	Bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II oder III und folgenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen: - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion von < 40 % - Hospitalisation wegen kardialer Dekompensation in den letzten 12 Monaten - Ärztliche Anordnung durch einen anderen Arzt als derjenige der telemedizinischen Zentrale	1.5.2025

- die ärztliche Anordnung ist 3 und 12 Monate nach der Erstanordnung und danach jährlich zu erneuern
- Das ärztlich geleitete Programm umfasst:
- Leitung durch einen Arzt in Liechtenstein
  - Anleitung der teilnehmenden Person zur Anwendung des Telemonitorings
  - Tägliches Telemonitoring des Gewichts
  - Regelmässige Abfrage von krankheitsrelevanten Symptomen
  - Eine telemedizinische Zentrale, die die algorithmische Datenverarbeitung durchführt und Warnmeldungen des Telemonitorings sichtbar macht
  - Definition von individuellen Schwellenwerten, die Warnmeldungen auslösen
  - Bei Auffälligkeiten oder Überschreiten der individuellen Schwellenwerte wird die teilnehmende Person und / oder der behandelnde Arzt von einer Fachperson telefonisch kontaktiert
  - Regelmässiges Telecoaching über das Krankheitsbild, weitere relevante Aspekte (z.B. Risikofaktoren, typische Begleiterkrankungen, nichtpharmakologische Interventionen) und Anleitung zum Selbstmanagement (z.B. tägliche Dokumentation von Gewicht, Erkennen einer kardialen Verschlechterung wie Gewichtszunahme oder Atembeschwerden und einer Notfallsituation, Adhärenz zu den verordneten Medikamenten, Lebensstiländerung wie körperliche Aktivität, Ernährung und Rauchkarenz)
- Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.

Intraaortale Ballonpumpe in der Ja  
interventionellen Kardiologie

1.4.2000

Transmyokardiale Laser-Revascularisation	Nein		1.4.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: - Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurf- fraktion $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie - Linksschenkelblock mit QRS- Verbreiterung auf $\geq 130$ Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.9.2006
Ambulantes Therapieprogramm der Sekundärprophylaxe nach koronaren Ereignissen	Nein		1.1.2005, 1.1.2014
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.9.2006
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.9.2006
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: - In-Stent-Restenosen - Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.1.2014
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %-15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzkappenmorphologie. Teilnahme am "Mitra Swiss Registry"	1.1.2014
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert	Ja	Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den europäischen	1.1.2021

werden können oder ein hohes Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von  $\geq 8\%$ ) aufweisen

Richtlinien "2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease" vom 26. August 2017.

2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen.

3. Der Entscheid, ob ein Patient für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten angehören: zwei Fachärzte für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt für Herzchirurgie und für Anästhesie.

4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.

Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die ein mittleres Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von 4 bis 8 %) aufweisen

Ja

Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1.1.2021

1. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den europäischen Richtlinien "2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease" vom 26. August 2017. -

2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 30.6.2023

3. Der Entscheid, ob ein Patient für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten angehören: zwei Fachärzte für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein

		Facharzt für Herzchirurgie und für Anästhesie.	
		4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Ja	<p>Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:</p> <p>1. Die Aortenstenose ist schwergradig und symptomatisch.</p> <p>2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen.</p> <p>3. Indikationsstellung in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team), dem mindestens folgende Spezialisten angehören: zwei Fachärzte für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt für Herzchirurgie und für Anästhesie.</p> <p>4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.</p>	1.1.2021, 1.9.2023
	Ja	bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. Euro-Score II von $\geq 8\%$ ) aufweisen	1.1.2021, 1.9.2023
	Ja	bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die ein mittleres Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. Euro-Score II von 4 - 8 %) aufweisen	1.1.2021, 1.9.2023
	Ja	bei Patienten mit schwerer Aortenstenose, die ein niedriges Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of	1.1.2021, 1.9.2023-31.12.2025

		Thoracic Surgeons bzw. Euro-Score II von < 4 %) und ein Alter von $\geq$ 75 Jahren und geeignete femorale Zugangswege aufweisen.	
Elektrostimulation der Barorezeptoren mittels implantiertem Neurostimulator	Nein		1.8.2020
Phonokardiographie / akustischer Schnelltest	Nein		1.4.2023

### 2.3 Neurologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung.	1.4.2000
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung. Behandlung schwerer Dystonien mit ungenügender Symptomkontrolle durch medikamentöse Therapie. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über	1.4.2000, 1.1.2009, 1.1.2014

		die notwendige Infrastruktur verfügen (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie).	
Elektrische Neuromodulation der Beckennerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparaskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.1.2014
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheits-symptome 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
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung.	1.1.2021
	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Pro-	1.1.2021, 1.4.2023

		gredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien).	
	Ja	Zur Behandlung bei schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen.	1.4.2023-31.12.2025
Periphere Nervenstimulation der Okzipitalnerven	Ja	Bei therapierefraktärer chronischer Migräne gemäss den Diagnosekriterien der International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1). <sup>278</sup>	1.1.2015
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Durch Ärzte mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroencephalographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 <sup>279</sup> , oder gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroneuromyographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 <sup>280</sup>	1.4.2000, 1.4.2023
Resektive kurative "Herdechirurgie" der Epilepsie	Ja	Indikation: - Nachweis des Vorliegens einer "Herdepilepsie" - Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden - Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz - Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.4.2000, 1.1.2014
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: - Balkendurchtrennung	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der	1.4.2000, 1.1.2014

- Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler
- Vagusstimulation

Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative "Herdchirurgie" nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird. Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.

Magnet-Enzephalographie      Nein      1.9.2006

## 2.4 Rheumatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intra-artikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		1.4.2000
Arthrosebehandlung mit intra-artikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als "Gleitmittel"	Nein		1.4.2000
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.4.2000
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		1.4.2000
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.9.2006
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.9.2006

## 2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.4.2000
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im 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); - Fernmetastasen	1.9.2006
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.1.2014
Multigenexpressionstest beim Mammakarzinom	Ja	Indikation: Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften: - Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. - Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-).	1.1.2016-31.12.2023,
			1.1.2024 - 31.12.2025

	<p>- Bis zu 3 loco-regionale Lymphknoten sind befallen.</p> <p>- Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie.</p> <p>Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013)<sup>281</sup>. Bei Durchführung des labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG<sup>282</sup> oder ISO 15189/17025<sup>283</sup> entsprechen.</p>	
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein	1.9.2006
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation	<p>In den von der Gruppe "Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy" (SBST) anerkannten Zentren.</p> <p>Durchführung in den von "The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)" akkreditierten Zentren gemäss den von JACIE und der "Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)" herausgegebenen Normen: "FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration", 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021<sup>284</sup>.</p> <p>Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die folgenden Leistungen: a) die Kosten einer angemessenen Versicherung des Spenders gegen</p>	1.1.2014, 1.2.2020, 1.4.2023, 1.5.2025

		<p>mögliche schwerwiegende Folgen der Entnahme;</p> <p>b) eine angemessene Entschädigung für den Erwerbsausfall, welcher der spendenden Person im Zusammenhang mit der Entnahme entsteht; sowie</p> <p>c) alle ausgewiesenen Kosten, die dem Spender im Zusammenhang mit der Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen entstehen, namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reisekosten;</li> <li>- die Kosten der Abklärungen betreffend die Eignung als Spender;</li> <li>- die Kosten der lebenslangen Nachverfolgung des Gesundheitszustands des Spenders; und</li> <li>- die Kosten für den notwendigen Beizug entgeltlicher Hilfen, namentlich Haushaltshilfen oder Hilfen für die Betreuung von Personen.</li> </ul> <p>Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.</p>	
- autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lymphomen</li> <li>- bei akuter lymphatischer Leukämie</li> <li>- bei akuter myeloischer Leukämie</li> </ul>	1.4.2000
		- beim multiplen Myelom	1.9.2006
		- beim Neuroblastom	1.9.2006,
		- beim Medulloblastom	1.1.2014
		- beim Keimzelltumor	
		- bei der systemischen Sklerose	1.10.2018
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- beim Ewing-Sarkom</li> <li>- bei Weichteilsarkomen</li> <li>- beim Wilms-Tumor</li> </ul>	1.9.2006, 1.1.2018, 1.4.2023-31.12.2027
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes mellitus.</li> </ul>	1.9.2006, 1.1.2018, 1.3.2019, 1.4.2023,
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der	1.1.2019 -30.6.2028

		Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	
	Ja	- bei Multipler Sklerose Am Universitätsspital Zürich im Rahmen einer Registerstudie. Indikationsstellung durch interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantationsboard des Universitätsspitals Zürich.	1.3.2019, 1.9.2023 -30.6.2029
	Nein	- im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie - im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie - beim Mammakarzinom - beim kleinzelligen Bronchuskarzinom - bei kongenitalen Erkrankungen - beim Ovarialkarzinom - bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter - bei myelodysplastischen Syndromen - bei der chronisch myeloischen Leukämie - bei Morbus Crohn - bei Diabetes mellitus.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018
- allogene	Ja	- bei akuter myeloischer Leukämie - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei der chronischen myeloischen Leukämie sowie bei BCR-ABL1-negativen myeloproliferativen Neoplasien - beim myelodysplastischen Syndrom - bei der aplastischen Anämie - bei Immundefekten und Inborn errors - bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie - beim multiplen Myelom - bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie)	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018, 1.5.2025

Ja	- bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2018, 1.4.2023, 1.9.2023 -30.6.2028
Nein	- bei soliden Tumoren - beim Melanom - beim Mammakarzinom - beim Nierenzellkarzinom - bei rheumatoider Arthritis	1.9.2006, 1.1.2014, 1.10.2018
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:	Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lymphodepletierende Vortherapien, Infusion der CAR-T-Zellen sowie Behandlung von allfälligen CAR-T-spezifischen Nebenwirkungen. Durchführung in den von "The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)" akkreditierten Zentren gemäss den von JACIE und der "Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)" herausgegebenen Normen: "FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration", 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018 oder 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021 <sup>285</sup> . Soll die Therapie in einem Zentrum erfolgen, das nicht gemäss den genannten Voraussetzungen anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2023, 1.5.2025

<p>Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem oder therapie-refraktärem diffusgrosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien. Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- refraktär</li> <li>- nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiert, oder</li> <li>- nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiert ist.</li> </ul>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.4.2023-31.3.2025, 1.5.2025-31.12.2025</p>
<p>- Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.5.2025 - 31.12.2026</p>
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder therapie-refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.4.2023-31.3.2025, 1.5.2025-31.12.2025</p>
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.5.2025 - 31.12.2026</p>
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) oder High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL), das auf Erstlinientherapie refraktär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiert.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2026 - 31.12.2027</p>

<p>- Lisocabtagen Maraleucel: Bei rezidiviertem oder refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), high-grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2016) und primär mediastinalem grosszelligem B- Zell-Lymphom (PMBCL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.5.2025 - 31.12.2026</p>
<p>- Lisocabtagen Maraleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL) oder primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf Erstlinientherapie refraktär oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiviert ist.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2026 - 31.12.2027</p>
<p>- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.5.2025 - 31.12.2026</p>
<p>- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor zwei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz unter oder innerhalb von 60 Tagen nach der letzten Therapie gezeigt haben.</p>	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2026 - 31.12.2027</p>

- Brexucabtagene Autoleucel: Bei Erwachsenen mit refraktärem oder rezidiviertem Mantelzell-Lymphom nach mindestens zwei Therapielinien, darunter ein Bruton Tyrosine Kinase Inhibitor.	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2023, 1.9.2023 -30.6.2027
- Brexucabtagen-Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidivierter oder refraktärer akuter lymphoblastischer B-Vorläuferzell-Leukämie (akute lymphoblastische Leukämie, ALL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2026 - 30.06.2027
- Ciltacabtagen Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien mit mindestens einem Proteasom-Inhibitor, einem immunmodulatorischen Wirkstoff und einem Anti-CD38-Antikörper erhalten haben, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.1.2026 - 31.12.2027

### 3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei Personen, die fertilitätsbeeinträchtigende Therapien erhalten	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die: - wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen; oder - wegen einer nicht-onkologischen Erkrankung eine Stammzelltransplantation erhalten; oder - mit Cyclophosphamid behandelt werden und ein mittleres oder	1.1.2021

hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen.

Massnahmen bei der Frau:

- Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von Eizellen; eine all-fällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Kasse; oder
- Resektio, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe.

Massnahmen beim Mann:

- Kryokonservierung von Spermien; oder
- wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion).

Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinaus gehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.

Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.4.2000, 1.1.2014
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.2000

In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		1.4.2000
Sterilisation:			
- bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation 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 die Kasse der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.4.2000
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Konsensusstatements der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) und der Arbeitsgruppe "Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe"; Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181-184. <sup>286</sup>	1.9.2006, 1.1.2014
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	- Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 16. Juni 2016 mit dem Titel "Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)" <sup>287</sup> - Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.3.2019

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

#### 4 Pädiatrie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante multiprofessionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	1. Indikation: a) bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b) bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.  Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 <sup>288</sup> und No. 1/2011 vom 4. März 2011 <sup>289</sup> .  2. Programme:	1.8.2014

		<p>ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007<sup>290</sup>. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.</p>	
	Nein	Vereinfachte Programme für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.8.2014
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<p>1. Indikation:</p> <p>a) bei Adipositas (BMI &gt; 97. Perzentile);</p> <p>b) bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.</p> <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss</p>	1.8.2014

den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006<sup>291</sup> und No. 1/2011 vom 4. März 2011<sup>292</sup>.

## 2. Therapie:

- a) Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen;
- b) Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität;
- c) Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung.

3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift "Pediatria", Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007<sup>293</sup>. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Elektrostimulation der Harnblase

Ja

Bei organischen Miktionsstörungen.

1.4.2000

Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes einer SIDS-Abklärungsstelle.	1.4.2000
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte.	1.9.2006, 1.1.2014
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.9.2006
Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen mittels "Packing"-Methode	Nein		1.2.2020

## 5 Dermatologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Photodynamische Behandlung von Hautkrankheiten mit Aminolaevulinsäure-Derivaten	Ja		1.8.2020
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	1.4.2000
Laser bei:			
- Aknenarben	Nein		1.9.2006
- Keloid	Nein		1.9.2006
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.4.2000
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.1.2014
Anwendung von Hautersatzverfahren	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Mit Hautersatzverfahren autologer, allogener oder nicht-menschlicher Herkunft, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind.	1.1.2014, 1.2.2020, 1.1.2021, 1.4.2023

Indikationsstellung gemäss den "Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden" der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April 2021.<sup>294</sup>

Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind.

Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache der Kasse einzuholen, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.

Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.1.2014
------------------------	----	--	----------

## 6 Ophthalmologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Laser bei:			
- diabetischer Retinopathie	Ja		1.4.2000
- Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.4.2000
- Kapsulotomie	Ja		1.4.2000
- Trabekulotomie	Ja		1.4.2000
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich, wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunver-	1.9.2006

		träglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.9.2006
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.9.2006
	Ja	Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen.	1.1.2014
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.9.2006, 1.1.2014
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.9.2006
Dilatation von Tränengangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	- Unter Durchleuchtungskontrolle	1.9.2006,
		- Mit oder ohne Stent-Einlage - Ausführung durch interventionelle Radiologen mit entsprechender Erfahrung.	1.1.2014
Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen:	1.9.2006,
		- Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff - Indikationsstellung für Behandlungen der Retina Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.	1.1.2014
UV-Crosslinking der Hornhaut bei progressivem Keratokonus (CXL)	Ja	Indikationsstellung und Durchführung durch Fachärzte für Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie (Weiterbil-	1.1.2014, 1.4.2023

		dungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019 <sup>295</sup> ).	
Keratokonusbearbeitung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht. Durchführung an A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.1.2014
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2014
Minimal-invasive Glaukom-Chirurgie (MIGS)	Nein		1.5.2025

## 7 Oto-Rhino-Laryngologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung mit "Elektronischem Ohr" nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		1.4.2000
Lasieranwendung bei:			
- Papillomatose der Atemwege	Ja		1.4.2000
- Zungenresektion	Ja		1.4.2000
Cochlea-Implantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den "Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung" der Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (CICH) vom 7. März 2018 <sup>296</sup> .	1.4.2000, 1.1.2014, 1.1.2021, 1.4.2023

		Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: - chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang - Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr - Intoleranz eines Luftleitungsgerätes - Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.4.2000, 1.1.2016
Implantation des Mittel-Ohrimplantatsystems Typ "Vibrant Soundbridge" zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose usw.).	1.9.2006
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.4.2000
Speichelsteinlithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr).	1.9.2006

## 8 Psychiatrie und Psychotherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Psychotherapie nach Samuel Widmer (Bezeichnung: "Echte Psychotherapie")	Nein		1.4.2023
Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom	Ja	1. Bei der methadongestützten Behandlung: Einhaltung von Art. 33 ff. der Verordnung zum Betäubungsmittelgesetz und der Richtlinien zur Methadonbehandlung im Fürstentum Liechtenstein.	1.4.2000, 1.1.2014, 1.8.2022, 1.4.2023

2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein.
3. Die Opioidagonistentherapie (OAT) umfasst die folgenden Leistungen:
  - a) ärztliche Leistungen:
    - Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen
    - Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner, frühere Behandlungsstellen)
    - Erstellen der Diagnose und der Indikation
    - Erstellen eines Behandlungsplanes
    - Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an die Kasse
    - Einleiten und Durchführung der OAT
    - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker erfolgt
    - Qualitätssicherung
    - Evaluation des therapeutischen Prozesses
    - Rückfragen bei der Abgabestelle
    - Überprüfung der Diagnose und der Indikation
    - Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden
    - Berichterstattung an Behörden und Kassen
    - Qualitätskontrolle.
  - b) Leistungen des Apothekers:
    - Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates</li> <li>- Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde</li> <li>- Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt</li> <li>- Beratung</li> </ul>	
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.9.2006
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.4.2000
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.4.2000
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	1.4.2000
Therapiekontrolle durch Video	Nein		1.4.2000
Internet-basierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Insomnie	Ja	<p>1. Ärztliche Psychotherapie gemäss Art. 48 auf Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie mit insbesondere den Bausteinen: Bettzeitrestriktion, Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken, kognitive Umstrukturierung, Rückfallprophylaxe.</p> <p>Die Therapie ist manualbasiert und beinhaltet regelmässigen Kontakt zwischen Leistungserbringer und Versicherten, sowie Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik.</p> <p>2. Nach vorgängiger Konsultation.</p> <p>3. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 16 Wochen Therapie.</p> <p>Das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Art. 48 Abs. 4 bis 6.</p>	1.7.2017
Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) zur Behandlung der Depression	Nein		1.10.2018

## 9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin

### 9.1 Diagnostische Radiologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.4.2000
Knochendensitometrie			
- mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	- bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma - bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus - Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie) - primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) - Osteogenesis imperfecta - HIV - bei Therapie mit Aromatasehemmer (nach der Menopause) oder mit der Kombination GnRH-Analagon+Aromatasehemmer (vor der Menopause) - bei Therapie mit Antikonvulsiva	1.4.2000 1.4.2000 1.4.2000, 1.1.2016 1.4.2000 1.4.2000 1.4.2014 1.2.2020, 1.8.2020 1.9.2023
- mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.4.2000
- mit peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.9.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.9.2006
Knochenanalytische Methoden:			1.9.2006,

			1.1.2014
- Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	
- Knochenformationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2014
Digitale Volumetomographie	Ja	Nur alternativ zur Computertomographie	1.5.2007

## 9.2 Interventionelle Radiologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien bei symptomatischer benigner Prostatahyperplasie	Ja	Bei Patienten mit moderaten bis ausgeprägten obstruktiven Beschwerden (IPSS > 8, QoL > 3) bei Prostatahyperplasie > 30-50 ml und mindestens einem der nachfolgenden Kriterien: - nach erfolglosem medikamentösem Behandlungsversuch oder Medikamentenunverträglichkeit oder - chronischem Harnverhalt ohne Limite des Prostatavolumens oder - Bedenken hinsichtlich einer retrograden Ejakulation, erektilen Dysfunktion oder Harninkontinenz oder - falls eine Operation wegen Alter, multiplen Komorbiditäten oder Koagulopathien kontraindiziert ist oder - falls eine Operation vom Patienten abgelehnt wird Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.4.2023 - 31.12.2025
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2014

Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.8.2014
---	------	--	----------

### 9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.4.2000
Low-dose-rate-Brachytherapie	Ja	Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisierendem 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 für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern.	1.9.2006, 1.1.2014
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Nein		1.10.2018, 1.1.2021
Protonen-Strahlentherapie		Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.4.2023
	Ja	a) Bei intraokulären Melanomen.	
	Ja	b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: - Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepider-	

	<p>moidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochenarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome)</li> <li>- Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochenarkome)</li> <li>- Tumore bei Kindern und Jugendlichen.</li> </ul>	
	<p>c) Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, analog Studienprotokoll RTOG 1308 (Auszug Studienregistrierung vom 24. Mai 2024)<sup>297</sup>.</p>	<p>1.8.2020, 1.5.2025 - 31.12.2025</p>
	<p>d) Bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (<math>\geq</math> T2 oder N+, M0), im Rahmen der randomisiert kontrollierten PROTECT-Studie. Für die Indikation Ösophaguskarzinom ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.</p>	<p>1.4.2023-31.12.2026</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen</li> <li>- Alle übrigen Indikationen</li> </ul>	<p>1.1.2016, 1.10.2018, 1.8.2020</p>
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	<p>Bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akustikusneurinome</li> <li>- Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen</li> <li>- nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome</li> <li>- arterio-venöse Missbildungen</li> <li>- Meningeome</li> </ul>	<p>1.4.2000</p>
	<p>Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewe-</p>	<p>1.4.2000, 1.1.2014</p>

		gungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	
Radiochirurgie mit LINAC oder Gamma-Knife	Ja	Bei folgenden Indikationen: - bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm <sup>3</sup> 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 cm <sup>3</sup> bzw. einem Durchmesser von maximal 3.5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist. Für die Radiochirurgie mit dem Gamma-Knife ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.9.2006, 1.1.2021
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.1.2014
Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata.	1.1.2014
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2016
Regionäre Oberflächenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: - Inoperable Brust/Brustwandrezidive bei Mammakarzinom in vorbestrahltem Areal - Inoperable Lymphknotenmetastasen von HNO-Tumoren in vorbestrahltem Areal - Oberflächliche Lymphknotenmetastasen und Lokalrezidive bei malignem Melanom	1.7.2017

		- Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.	
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard. Bei folgenden Indikationen: - Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt - Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm - Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm - Weichteil-Sarkom (rezidivierende, marginal resektable oder nicht-resektable Tumore)	1.7.2017, 1.3.2019, 31.12.2020, 1.4.2023, 1.9.2023
	Nein	- Blasen-Karzinom - Rektum-Karzinom - Pankreas-Karzinom	1.9.2023
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit perioperativer Chemotherapie	Ja	Bei folgender Indikation: - Weichteil-Sarkom (Primärbehandlung oder nach Vor-Operation mit R1/R2-Resektion, wenn keine onkologisch adäquate Re-Operation möglich ist, oder bei Rezidiv) Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Durchführung der konkomitanten Chemotherapie unter Supervision eines Facharztes für Medizinische Onkologie. Indikationsstellung durch zuweisendes Sarkomzentrum und bestätigt durch das Tumorboard des Swiss Hyperthermia Network.	1.9.2023 - 30.6.2025, 1.7.2025

## 9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmi- krosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapiere- fraktären Lebertumoren, bei wel- chen andere lokalablativ Ver- fahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdiszi- plinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chir- urgie, interventioneller Radio- logie, Nuklearmedizin und Medi- zinische Onkologie).	1.1.2014
Lu-PSMA-Radioliganden- The- rapie beim progressiven, PSMA- positiven, metastasierten, kastration- resistenten Prostatakar- zinom (mCRPC)	Ja	Folgende Kriterien gelten kumu- lativ: - nach Vorbehandlung mit Inhibi- tion des Androgenrezeptor (AR)- Signalwegs - nach Taxan-basierter Chemothe- rapie respektive wenn eine Taxan- haltige Chemotherapie nicht indi- ziert war - maximal 6 Zyklen, andernfalls nur nach vorgängiger besonderer Kostengutsprache der Kasse, welche die Einschätzung des Ver- trauensarztes berücksichtigt.	1.5.2025 - 31.12.2026
Positron-Emissions-Tomogra- phie (PET/CT, PET/MR) ohne Abklärung von Demenz	Ja	Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 1. Juli 2024 <sup>298</sup> . Die verwendeten Radiopharma- zeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchfüh- rung in Zentren, welche die admi- nistrativen Richtlinien vom 1. März 2021 <sup>299</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2016, 1.1.2017, 1.7.2017, 1.1.2018, 1.10.2018, 1.3.2019, 1.2.2020, 1.7.2020, 1.8.2020, 1.4.2023, 1.9.2023, 1.1.2025

Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR) zur Abklärung von Demenz	Ja	<p>Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen.</p> <p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021<sup>300</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG): als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018<sup>301</sup>), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bei einem Mini-Mental-Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; Kostenübernahme für Untersuchungen ab dem 81. Altersjahr und für sequentielle Untersuchungen mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p> <p>b) Mittels markiertem Amyloid-Tracer: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018<sup>302</sup>), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-</p>	<p>1.9.2006, 1.1.2014, 1.1.2015, 1.1.2017, 1.2.2020, 1.8.2020, 1.4.2023</p>
--	----	--	---

		Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).	
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR)	Nein	Mittels Yttrium-90 nach Radio-synoviorthese des Kniegelenks	1.4.2023

## 10 Komplementärmedizin

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Akupunktur	Ja	Durch Ärzte mit einer Weiterbildung in Akupunktur, die dem Fähigkeitsprogramm "Akupunktur - Chinesische Arzneitherapie - TCM (ASA)" des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) vom 1. Juli 2015, revidiert am 23. Juni 2017 <sup>303</sup> , entspricht.	1.9.2006, 1.1.2014, 1.8.2020, 1.1.2022
Anthroposophische Medizin	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Ärztliche Klassische Homöopathie	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Phytotherapie	Nein		1.9.2006
Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke)	Nein		1.9.2006, 1.1.2014
Ozon-Therapie (alle Anwendungen)	Nein		1.4.2000, 1.4.2023
Oxygenierungstherapie (intravenöse Gabe von Sauerstoff, Synonyme: Sauerstofftherapie nach Regelsberger, Sauerstoff-Insufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie)	Nein		1.4.2000, 1.4.2023

Sauerstoff-Mehrschritttherapie nach von Ardenne (alle Varianten und Prozesse inkl. Oxicur-Sauerstoff-Kur, Oxicur-Sauerstoff-Mehrschritt-Aktivierung, Sauerstoff-Vitalkur)	Nein	1.4.2023
Frischzellentherapie	Nein	1.4.2000
Serozytotherapie	Nein	1.4.2000
Musiktherapie	Nein	1.4.2000

## 11 Rehabilitation

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.9.2006
Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt. Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen: - erhöhtes 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 Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablaufs, Personal und	1.4.2000, 1.1.2014, 1.10.2018, 1.7.2025

	<p>Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/ Institutionen vom 15. März 2011<sup>304</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009<sup>305</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 14. November 2024<sup>306</sup>.</p>	
Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>- Patienten mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>- Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>- Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> <li>- Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapieresistenten Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> <li>- Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion</li> <li>- Patienten mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).</li> </ul>	
Ja	<p>Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.</p>	
Nein	<p>Patienten mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschluss-</p>	1.1.2014

		krankheit (PAVK), im Stadium I nach Fontaine.	
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Programme für Patienten mit schweren chronischen Lungenerkrankheiten.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003<sup>307</sup> entsprechen.</p> <p>Der Leiter des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal einmal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache der Kasse, welche die Empfehlung des Vertrauensarztes berücksichtigt.</p>	1.9.2006, 1.1.2014

## 12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie

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

Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie

Nein

1.9.2006

## 13 Zahnmedizin

### 13.1 Erkrankungen des Kausystems

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

a) Erkrankungen der Zähne:

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

b) Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):

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

c) Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:

1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
3. Osteopathien der Kiefer,
4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
5. Osteomyelitis der Kiefer;

d) Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:

1. Kiefergelenksarthrose,
2. Ankylose,
3. Kondylus- und Diskusluxation;

e) Erkrankungen der Kieferhöhle:

1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
2. Mund-Antrumfistel;

f) Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:

1. Schlafapnoesyndrom,

2. Schwere Störungen des Schluckens,
3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

### 13.2 Allgemeinerkrankungen

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

a) Erkrankungen des Blutsystems:

1. Neutropenie, Agranulozytose,
2. Schwere aplastische Anämie,
3. Leukämien,
4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
5. Hämorrhagische Diathesen;

b) Stoffwechselerkrankungen:

1. Akromegalie,
2. Hyperparathyreoidismus,
3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);

c) Weitere Erkrankungen:

1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
5. Sklerodermie,
6. AIDS,
7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;

d) Speicheldrüsenerkrankungen.

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

### 13.3 Zahnärztliche Behandlungen

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

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

#### 13.4 Geburtsgebrechen

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

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

Geburtsgebrechen im Sinne von Satz 1 sind:

1. Dysplasia ectodermalis;
2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (Epidermolysis bullosa hereditaria, Acrodermatitis enteropathica und Pemphigus benignus familiaris chronicus);
3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasia epiphysaria multiplex);
4. Angeborene Dysostosen;
5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;
6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;
7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. Arthromyodysplasia congenita (Arthrogryposis);

11. Dystrophia musculorum progressiva und andere congenitale Myopathien;
12. Myositis ossificans progressiva congenita;
13. Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte);
14. Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten;
15. Angeborene Nasen- und Lippenfistel;
16. Proboscis lateralis;
17. Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. Anodontia totalis congenita oder Anodontia partialis congenita bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. Micrognathia inferior congenita mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
  - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
  - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. Mordex apertus congenitus, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;  
  
Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (beziehungsweise von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;

22. Prognathia inferior congenita, sofern:
- die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens -1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
  - eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;
23. Epulis des Neugeborenen;
24. Choanalatresie;
25. Glossoschisis;
26. Makro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
28. Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Ste-nosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
- 28a. Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinander liegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen (exklusive Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt;
29. Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichert'scher Knorpel);
30. Haemangioma cavernosum aut tuberosum;
31. Lymphangioma congenitum, sofern Operation notwendig ist;
32. Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien;
33. Histiozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwesche-Krankheit);
34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalo-cele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyelia, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyelia);
35. Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedreich'sche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita);

36. Angeborene Epilepsie;
37. Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch);
38. Kongenitale Paralysen und Paresen;
39. Ptosis palpebrae congenita;
40. Aplasie der Tränenwege;
41. Anophtalmus;
42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. Atresia auris congenita inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoprotein-stoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen);
47. Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose, Hypothyreose und Kretinismus);
48. Angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion (hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus und Prader-Willi-Syndrom, Kallmann-Syndrom);
49. Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (Turner-Syndrom, Missbildungen des Ovars, Anorchie und Klinefelter-Syndrom);
50. Neurofibromatose;
51. Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe);
52. Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum);
53. Teratome und andere Keimzellentumoren (wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzellentumor, Dottersacktumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom).

### 13.5 Narkose bei zahnärztlicher Behandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der Allgemeinnarkose zur Durchführung von:

- a) zahnärztlichen Behandlungen nach Ziff. 13.1 bis 13.4, wenn diese ohne Allgemeinnarkose nicht möglich sind;

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

**Anhang 1a<sup>308</sup>**

(Art. 47 Abs. 3)

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

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

- a) Analysen: die in der Analysenliste (Art. 54a Abs. 1) separat bezeichneten Analysen;
- b) Arzneimittel: pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste:
  1. 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte);
  2. 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Mittel zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut);
  3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine), 07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen);
  4. 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.20 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Mitteln zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen);
  5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);
- c) der Untersuchung und Behandlung dienende Mittel und Gegenstände:
  1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen;
  2. Produkte der Gruppe 09.02 Geräte für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation;
  3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel;

4. Produkte der Gruppe 22. Fertigorthesen;
  5. Produkte der Gruppe 23. Massorthesen;
  6. Produkte der Gruppe 35. Verbandmaterial;
- d) bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes;
  2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten;
  3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes und der peripheren Gelenke;
  4. Diagnostischer Ultraschall;
  5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie;
- e) physiotherapeutische Leistungen nach Art. 57.

**Anhang 1b<sup>309</sup>**

(Art. 47a Abs. 4)

Abweichungen gemäss Art. 47a Abs. 4 von den vom Eidgenössischen  
Departement des Inneren (EDI) erlassenen Einschränkungen der  
Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen<sup>310</sup>

**Anhang 2<sup>311</sup>**

(Art. 50, 51 Bst. a und 73)

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

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 Präventivmedizinisches Untersuchungsprogramm für Männer und Frauen

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

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

- Arzneimittel;
- Allergien;
- Lebensgewohnheiten: Alkohol, Ernährung, Psyche, Rauchen, Sport;
- Hautkrebs;
- Augen/Glaukom (ab 65 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, Triglyceride;

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;

d<sup>bis</sup>) Darmkrebsvorsorgeuntersuchung zur Früherkennung des Kolonkarzinoms im Alter von 50 bis 74 Jahren:

- Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes;
- Koloskopie, alle 10 Jahre;

e) bei Frauen zusätzlich:

- Mammalpalpation;
- Krebsabstrich;
- Gynäkologischer Status;
- Mammographie (ab dem 50. Lebensjahr einmal alle zwei Jahre);

f) höchstens fünf Nachuntersuchungen in fünf Jahren.

2.1.2 Für Vorsorgeuntersuchungen nach Ziff. 2.1.1 Bst. a, c, und d kommen folgende Tarifpositionen des TARDOC zur Anwendung:

Tarifposition	Bezeichnung
AA.00.0010	Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.
AA.00.0020	Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min.; höchstens zehnmal im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung
AK.00.0020	Nichtärztliche Blutentnahme (venös)
	Die ärztliche Leistung im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung ist als Zeitleistung abzurechnen und erfolgt in Zeiteinheiten von jeweils 6 Minuten; sie ist insgesamt höchstens viermal verrechenbar. Für die Abrechnung sind die aufgeführten Tarifpositionen zu verwenden. Die medizinische Interpretation der Tarifpositionen ist für die Abrechnung im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung nicht massgebend.
AA.05.0010	Zeiteinheit 1 (Minuten 1-6)
AA.05.0020	Zeiteinheit 2 (Minuten 7-12)
AA.05.0030	Zeiteinheit 3 (Minuten 13-18)
AA.05.0040	Zeiteinheit 4 (Minuten 19-24)

2.1.3 Wird die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung nach Ziff. 2.1.1 Bst. e im Rahmen der ordentlichen Vorsorgeuntersuchung vorgenommen, kann keine zusätzliche Konsultation (Pos. AA.00.0010 und AA.00.0020 des TARDOC) verrechnet werden.

2.1.4. Nachsorgeuntersuchungen nach Ziff. 2.1.1 Bst. f sind als Konsultation (Pos. AA.00.0010 und AA.00.0020 des TARDOC) abzurechnen.

2.2 Präventivmedizinisches Untersuchungsprogramm für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr

2.2.1 Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erfolgt nach den Richtlinien des Amtsarztes und orientiert sich an den Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (4. Auflage, 2011)<sup>312</sup>. Auf eine Vorsorgeuntersuchung oder Teile davon kann verzichtet werden, wenn es keinen erforderlichen Grund gibt oder wenn die Befunde schon von anderer Seite erhoben wurden.

2.2.2 Aufgehoben

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, Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL).

- *Weitere Konsultationen:* Kontrolle des Allgemeinzustandes, insbesondere von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL). Umfassende Beratung in Zusammenhang mit der Schwangerschaft, namentlich zu aufgetretenen Schwangerschaftsbeschwerden.

- Falls die Kontrollen ausschliesslich durch Ärzte durchgeführt werden, weisen diese die Versicherte darauf hin, dass im zweiten Trimenon der Schwangerschaft ein Beratungsgespräch mit der Hebamme nach Bst. f sinnvoll ist.

## 2. Risikoschwangerschaft

Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.

## b) Ultraschallkontrollen

1. In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 11.-14. 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 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 erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.

b<sup>bis</sup>) Ersttrimestertest

Pränatale Abklärung des Risikos von Trisomie 21, 18 und 13: anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12. - 14. Woche), der Bestimmung von PAPP-A und freiem  $\beta$ -HCG im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren.

Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert

werden muss, sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere oder ihren gesetzlichen Vertreter.

Anordnung und Messung der Nackentransparenz nur durch Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Schwangerschaftsultraschall (SGUM) vom 28. Mai 1998, revidiert am 15. März 2012<sup>313</sup>, entspricht.

Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL).

b<sup>ter</sup>) Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)

Zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13.

Ab der 12. Schwangerschaftswoche.

Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.

Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 14. März 2018<sup>314</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für

Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternalen Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.

Bei Zwillingsschwangerschaften sind NIPT mittels Microarray oder Single Nucleotide Polymorphism (SNP) von der Kostenübernahme durch die Kassen ausgeschlossen.

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

Anordnung nur durch Fachärzte in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternalen Medizin (Weiterbildungsprogramm vom 15. März 2012, revidiert am 16. Februar 2017<sup>315</sup>), Fachärzte für Medizinische Genetik und Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Schwangerschaftsultraschall (SGUM) vom

28. Mai 1998, revidiert am 15. März 2012, entspricht.

Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL).

Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12

- Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.
- c) Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokograph
- Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
- d) Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese
- Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen:
- Zur Bestätigung eines positiven Befundes bei Schwangeren, bei denen aufgrund des nicht-invasiven pränatalen genetischen Tests (NIPT) ein hochgradiger Verdacht oder aufgrund des Ersttrimestertests ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt;
  - bei Schwangeren, bei denen aufgrund des Ultraschallbefundes, der Familienanamnese oder aus einem andern Grund ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt;
  - bei Gefährdung des Fötus durch eine Schwangerschaftskomplikation, eine Erkrankung der Mutter oder eine nicht genetisch bedingte Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Fötus.
- Anordnung für genetische Untersuchungen nur durch Fachärzte in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomater-nale Medizin (Weiterbildungsprogramm vom 15. März 2012, revidiert am 16. Februar 2017) sowie Fachärzte für Medizinische Genetik oder Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Schwangerschaftsultraschall (SGUM) vom 28. Mai 1998, revidiert am 15. März 2012, entspricht. Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL).
- e) Kontrolle post-partum eine Untersuchung
- Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.
- f) Geburtsvorbereitung
- Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 150 Franken:
- für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme einzeln oder in Gruppen durchführt; oder
  - für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme im Hinblick auf die Geburt, die Pla-

	nung und Organisation des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung.
g) Stillberatung	Die Stillberatung wird von Hebammen oder speziell in der Stillberatung ausgebildeten Pflegefachfrauen durchgeführt. Die Kostenübernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen
h) Kontrolle nach Fehlgeburt	Nach Fehlgeburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, sofern dieser nach liechtensteinischem Recht straflos (§ 96 Abs. 4 StGB) und nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs zulässig ist, bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche. Zwischenanamnese, gynäkologischer und klinischer Status, Beratung; Laboranalysen und Ultraschalluntersuchung nach klinischem Ermessen. Ultraschalluntersuchung nur durch Ärzte mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Schwangerschaftsultraschall (SGUM) vom 28. Mai 1998, revidiert am 15. März 2012, entspricht.

## 2.4 Spezielle Präventivuntersuchungen

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

Massnahme	Voraussetzung
a) HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter. Bei den übrigen Personen gemäss der Richtlinie "Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin bei bestimmten Krankheitsbildern (HIV-Indikatorerkrankungen)" des BAG vom 18. Mai 2015 <sup>316</sup>
b) Koloskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Lebensjahr). Empfohlene Untersuchungsintervalle: Ab dem 45. Lebensjahr, alle 5 Jahre, oder gemäss ärztlicher Beurteilung in kürzeren Abständen, wenn eine erhöhte Risikoeinschätzung vorliegt.
b <sup>bis</sup> ) Aufgehoben	
b <sup>ter</sup> ) Digitale Mammografie, Mamma-MRI	1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder

mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung mittels Risikokalkulationsmodellen (z.B. IBIS, Can-Risk).

Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie "stark erhöhtes Risiko" ist eine genetische Beratung nach Bst. d. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument "Überwachungsprotokoll" (Stand 01/2021)<sup>317</sup>.

Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss.

2. Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein Brustzentrum, das die Anforderungen nach den "Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren" der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015<sup>318</sup>, nach den Empfehlungen "The requirements of a specialist Breast Centre" der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), veröffentlicht am 19. August 2013<sup>319</sup>, oder nach den Kriterien im "Erhebungsbogen Brustkrebszentren" der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016<sup>320</sup> erfüllt.

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

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

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.

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

Der Test ist in einem von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannten Zentrum durchzuführen.

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 polytopic 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.

e) Screening Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose, Glutarazidurie Typ 1, Ahornsirupkrankheit, schwere angeborene Immundefekte, spinale Muskelatrophie

Bei Neugeborenen:

Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL)

f) Untersuchung der Haut

Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).

g) Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss der schweizerischen Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine akute hepatische Porphyrie (akut-intermittierende Porphyrie, Porphyria variegata oder hereditäre Koproporphyrinurie)

Bei Familienangehörigen von Personen mit symptomatischer nachgewiesener Erkrankung, die ein Risiko von mindestens 12,5 % aufweisen, diese genetische Krankheit zu erben.

2) Wird für die Zuordnung zu einer Risikogruppe ein bestimmter Grad der Verwandtschaft mit einer oder mehreren erkrankten Personen vorausgesetzt, so ist dieser Verwandtschaftsgrad aufgrund anamnestischer Angaben im medizinisch-biologischen Sinne zu ermitteln.

## 2a. Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten oder bei Opfern von sexueller Gewalt (Art. 50)

1) Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten oder bei Opfern von sexueller Gewalt unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a) Vitamin K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen).
b) Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.
c) HIV-Postexpositionsprophylaxe	Gemäss den Empfehlungen des BAG vom 24. November 2014 (BAG-Bulletin Nr. 48, 2014). <sup>321</sup> Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Kasse.
d) Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen "Postexpositionelle passive Immunisierung" vom Oktober 2004). <sup>322</sup> Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
e) Risikoreduzierende Mastektomie und/oder Adnexektomie	Bei Trägerinnen von genetischen Mutationen oder Deletionen, die mit einem stark erhöhten Brustkrebs- und/oder Eierstockkrebsrisiko verbunden sind, oder bei Frauen mit vergleichbarem individuellem Risiko. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist eine genetische Beratung nach Anhang 2 Ziff. 2.4 Abs. 1 Bst. d. Dabei sind neben der genetischen Veranlagung das Alter der zu beratenden Person sowie bereits aufgetretene Krebserkrankungen bei ihr und bei Verwandten ersten und zweiten Grades zu berücksichtigen.  Indikation risiko- und altersadaptiert gemäss dem "Referenzdokument familiär stark erhöhtes Brust- und Eierstockkrebsrisiko des BAG vom 10. November 2023" <sup>323</sup> .
f) monoklonaler Antikörper zur RSV-Prophylaxe	Mit einem humanisierten monoklonalen Antikörper. 1. Indikationsstellung für alle Kinder bis 1 Jahr sowie für Kinder bis 2 Jahre mit einem erhöhten Risiko einer schweren RSV-Erkrankung gemäss den Empfehlungen "Consensus statement / recommendation on the prevention of respiratory syncytial virus

(RSV) infections with the monoclonal antibody Nirsevimab (Beyfortus<sup>®</sup>)" der interdisziplinären Nirsevimab-Arbeitsgruppe (Pädiatrie Schweiz, Kinderärzte Schweiz, Gruppe für Pädiatrische Infektiologie Schweiz [Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland, PIGS], Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie [SGN], Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie [SGPP], Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie, EKIF und BAG) von Januar 2024<sup>324</sup>.

Keine Kostenübernahme nach vorgängiger RSV-Impfung der Mutter zur passiven Immunisierung des Neugeborenen; angenommen sind folgende Fälle:

- Geburt innerhalb von 14 Tagen nach Verabreichung der Impfung,
- Frühgeburt vor 37 Wochen Gestationsalter,
- wenn medizinische Gründe bei der Mutter oder beim Neugeborenen vorliegen, wie mütterliche Immunsuppression, HIV-Infektionen mit nicht unterdrückter Viruslast, bekannte mütterliche Allergie auf einen Impfstoffbestandteil, Risiko eines Verlusts der humoralen Immunität (nach kardiopulmonalem Bypass oder extrakorporaler Membranoxygenierung oder Plasmapherese) oder eine Komorbidität, die gemäss dem behandelnden Facharzt ein Risiko einer lebensbedrohlichen RSV-Erkrankung birgt.

2. Indikationsstellung gemäss den Empfehlungen "Konsensus Statement zur Prävention von Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Infektionen mit dem humanisierten monoklonalen Antikörper Palivizumab (Synagis<sup>®</sup>) (Update 2016)"<sup>325</sup> der interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der PIGS, der SGPP, der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderkardiologie (SGK) und der SGN. Bei ehemaligen Frühgeborenen mit bronchopulmonaler Dysplasie: Indikationsstellung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2015, revidiert am 17. Juni 2021<sup>326</sup>) oder pädiatrischer Pneumologie (Weiterbildungs-

- programm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016<sup>327</sup>).
- Bei Kindern mit hämodynamisch signifikantem kongenitalem Herzvitium: Indikationsstellung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrischer Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016<sup>328</sup>).
- g) Passive Immunisierung mit Covid-19-Antikörper
- Bei immundefizienten Personen mit höchster Priorität für die passive Immunisierungstherapie gemäss "Position paper on the use of monoclonal antibodies against SARS-CoV-2 as passive immunisation treatments in severely immunocompromised persons in Switzerland", Version vom 26. April 2022<sup>329</sup>, sowie bei Personen mit Sichelzellanämie.
- Die Kosten werden nur für Antikörperpräparate übernommen, die für die betreffenden Indikationen über die nötige Zulassung verfügen.
- h) Notfallkontrazeptiva
- Bei Opfern von sexueller Gewalt auf ärztliche Anordnung, einschliesslich der mit der Abgabe verbundenen Leistungen von Ärzten oder Apothekern.
- i) HIV-Präexpositionsprophylaxe
1. Durch Ärzte, die am Programm "SwissPrEPared" unter der Leitung des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich teilnehmen.
  2. Indikationen gemäss Referenzdokument des BAG "HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP)" vom 11. März 2024<sup>330</sup>.
  - Die Leistung umfasst das Arzneimittel und die erforderlichen ärztlichen Konsultationen und Laboranalysen gemäss Referenzdokument des BAG "HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP)" vom 11. März 2024.
  3. Laboranalysen gemäss Analysenliste.
  4. Die Leistungspflicht unterliegt der Auflage der Evaluation.
  5. Bei reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
- 2) Bei Opfern von sexueller Gewalt wird für Leistungen nach Abs. 1 Bst. c und h keine Kostenbeteiligung nach Art. 23 des Gesetzes erhoben, sofern eine ärztliche Bescheinigung vorliegt.

### 3. Arzneimittel (Art. 51)

Die Leistungen bei Mutterschaft umfassen die folgenden während und nach der Schwangerschaft abgegebenen Arzneimittel:

- a) Folsäurepräparate zur Prophylaxe von Neuralrohrdefekten;
- b) Multivitaminpräparate für Schwangere und Stillende;
- c) Magnesiumpräparate.

**Anhang 2a<sup>331</sup>**

(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 2abis<sup>332</sup>

(Art. 52b)

## Co-Marketing-Präparate

Co-Marketing-Präparat	GTIN	Basispräparat	GTIN	Wirkstoff	Zulassungsinhaberin des Co-Marketing-Präparats	Aufnahme
Atorvastatin Viatris		Sortis		Atorvastatinum	Viatris Pharma GmbH	
Atorvastatin Viatris, Film- tabl 10 mg, 30 Stk	7680616570093	Sortis, Film- tabl 10 mg, 30 Stk	7680540850285	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatris, Film- tabl 10 mg, 100 Stk	7680616570109	Sortis, Film- tabl 10 mg, 100 Stk	7680540850360	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatris, Film- tabl 20 mg, 30 Stk	7680616570116	Sortis, Film- tabl 20 mg, 30 Stk	7680540850445	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatris, Film- tabl 20 mg, 100 Stk	7680616570123	Sortis, Film- tabl 20 mg, 100 Stk	7680540850520	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatris, Film- tabl 40 mg, 30 Stk	7680616570130	Sortis, Film- tabl 40 mg, 30 Stk	7680540850605	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viatris, Film-	7680616570147	Sortis, Film- tabl 40	7680540850797	Atorvas- tatinum	Viatris Pharma GmbH	01.12.2012

tabl 40 mg, 100 Stk		mg, 100 Stk				
Atorvastatin Viartis, Film- tabl 80 mg, 30 Stk	7680616570154	Sortis, Film- tabl 80 mg, 30 Stk	7680540851091	Atorvas- tatinum	Viartis Pharma GmbH	01.12.2012
Atorvastatin Viartis, Film- tabl 80 mg, 100 Stk	7680616570161	Sortis, Film- tabl 80 mg, 100 Stk	7680540851176	Atorvas- tatinum	Viartis Pharma GmbH	01.12.2012
Esomep		Nexium		Esome- prazolom	Grünen- thal Pharma AG	
Esomep i.v., Trockensub 40 mg, Amp 1 Stk	7680605760016	Nexium Tro- ckensub 40 mg i.v., Vial 1 Stk	7680567300015	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 14 Stk	7680605740018	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 14 Stk	7680556090163	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 28 Stk	7680605740025	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 28 Stk	7680556090187	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 56 Stk	7680605740032	Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 56 Stk	7680556090200	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 98 Stk	7680605740049	Nexium Mups 20, Tabl 20	7680556090224	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012

		mg, 98 Stk				
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 14 Stk	7680605740063	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 14 Stk	7680556090385	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 28 Stk	7680605740070	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 28 Stk	7680556090408	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 56 Stk	7680605740087	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 56 Stk	7680556090422	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Esomep MUPS, Tabl 40 mg, 98 Stk	7680605740094	Nexium Mups 40, Tabl 40 mg, 98 Stk	7680556090446	Esome- pra- zolum	Grünen- thal Pharma AG	01.12.2012
Sequase		Sero- quel		Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	
Sequase, Filmtabl 25 mg, 60 Stk	7680623310019	Sero- quel, Film- tabl 25 mg, 60 Stk	7680541820317	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 100 mg, 60 Stk	7680623310026	Sero- quel, Film- tabl 100 mg, 60 Stk	7680541820744	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 100 mg, 100 Stk	7680623310033	Sero- quel, Film-	7680541820829	Quetia- pinum	Chepla- pharm	01.12.2012

		tabl 100 mg, 100 Stk			Schweiz GmbH	
Sequase, Filmtabl 200 mg, 60 Stk	7680623310040	Sero- quel, Film- tabl 200 mg, 60 Stk	7680541821123	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 200 mg, 100 Stk	7680623310057	Sero- quel, Film- tabl 200 mg, 100 Stk	7680541821208	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 300 mg, 60 Stk	7680623310064	Sero- quel, Film- tabl 300 mg, 60 Stk	7680541821710	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Sequase, Filmtabl 300 mg, 100 Stk	7680623310071	Sero- quel, Film- tabl 300 mg, 100 Stk	7680541821987	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.12.2012
Clopidogrel Zentiva		Plavix		Clopidog- relum	Hel- vepharm AG	
Clopidogrel Zentiva, Filmtabl 75 mg, 28 Stk	7680604050033	Plavix, Tabl 75 mg, 28 Stk	7680545090143	Clopidog- relum	Hel- vepharm AG	01.12.2012
Clopidogrel Zentiva, Filmtabl 75 mg, 84 Stk	7680604050040	Plavix, Tabl 75 mg, 84 Stk	7680545090228	Clopidog- relum	Hel- vepharm AG	01.12.2012
Venlafaxin Pfizer		Efexor		Venlafa- xinum	Viatrix Pharma GmbH	

Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 37.5 mg, 7 Stk	7680621290153	Efexor ER 37.5, Kaps 37.5 mg, 7 Stk	7680541680713	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 37.5 mg, 28 Stk	7680621290160	Efexor ER 37.5, Kaps 37.5 mg, 28 Stk	7680541680720	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 75 mg, 14 Stk	7680621290092	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 14 Stk	7680541680126	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 75 mg, 28 Stk	7680621290108	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 28 Stk	7680541680201	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 75 mg, 98 Stk	7680621290115	Efexor ER 75, Kaps 75 mg, 98 Stk	7680541680393	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 150 mg, 14 Stk	7680621290122	Efexor ER 150, Kaps 150 mg, 14 Stk	7680541680478	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 150 mg, 28 Stk	7680621290139	Efexor ER 150, Kaps 150 mg, 28 Stk	7680541680553	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012
Venlafaxin Viatri ER, Ret Kaps 150 mg, 98 Stk	7680621290146	Efexor ER 150, Kaps	7680541680638	Venlafaxin	Viatri Pharma GmbH	01.12.2012

		150 mg, 98 Stk				
Amlodipin Pfizer		Norvasc		Amlodipinum	Viatriis Pharma GmbH	
Amlodipin Viatriis, Tabl 5 mg, 30 Stk	7680592610073	Norvasc, Tabl 5 mg, 30 Stk	7680500440174	Amlodipinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Viatriis, Tabl 5 mg, 100 Stk	7680592610080	Norvasc, Tabl 5 mg, 100 Stk	7680500440259	Amlodipinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Viatriis, Tabl 10 mg, 30 Stk	7680592610097	Norvasc, Tabl 10 mg, 30 Stk	7680500440334	Amlodipinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Amlodipin Viatriis, Tabl 10 mg, 100 Stk	7680592610103	Norvasc, Tabl 10 mg, 100 Stk	7680500440419	Amlodipinum	Viatriis Pharma GmbH	01.12.2012
Irbesartan Zentiva		Aprovel		Irbesartanum	Helvepharm AG	
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 150 mg, 28 Stk	7680622800016	Aprovel 150, Filmtabl 150 mg, 28 Stk	7680542501185	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 150 mg, 98 Stk	7680622800023	Aprovel 150, Filmtabl 150 mg, 98 Stk	7680542501260	Irbesartanum	Helvepharm AG	01.04.2014

Irbesartan Zentiva, Filmtabl 300 mg, 28 Stk	7680622800030	Aprovel 300, Film- tabl 300 mg, 28 Stk	7680542501345	Irbesar- tanum	Hel- vepharm AG	01.04.2014
Irbesartan Zentiva, Filmtabl 300 mg, 98 Stk	7680622800047	Aprovel 300, Film- tabl 300 mg, 98 Stk	7680542501420	Irbesar- tanum	Hel- vepharm AG	01.04.2014
Zoledronat Osteo Sandoz		Aclasta		Acidum zoledro- nicum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	
Zoledronat Osteo Sandoz, Inf Lös 5 mg/100 ml, Amp 1 Stk	7680626260014	Aclasta, Inf Lös 5 mg/ 100 ml, Amp 100 ml	7680573630014	Acidum zoledro- nicum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zentiva		CoAprovel		Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	
Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 150/12.5mg, 28 Stk	7680622780011	CoAprovel Film- tabl 150/ 12.5, 28 Stk	7680548420664	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 150/12.5mg, 98 Stk	7680622780028	CoAprovel Film- tabl 150/ 12.5, 98 Stk	7680548420749	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 300/12.5mg, 28 Stk	7680622780035	CoAprovel Film- tabl 300/ 12.5, 28 Stk	7680548420824	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015

Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 300/12.5mg, 98 Stk	7680622780042	CoAprov Film- tabl 300/ 12.5, 98 Stk	7680548420909	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 300/25mg, 28 Stk	7680622780059	CoAprov Film- tabl 300/25, 28 Stk	7680548421043	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015
Irbesartan HCT Zen- tiva, Filmtabl 300/25mg, 98 Stk	7680622780066	CoAprov Film- tabl 300/25, 98 Stk	7680548421128	Irbesar- tanum, Hydrochlo- rothia- zidum	Hel- vepharm AG	01.04.2015
Sequase XR		Sero- quel XR		Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	
Sequase XR, Ret Tabl 50 mg, 60 Stk	7680632550017	Sero- quel XR, Ret Tabl 50 mg, 60 Stk	7680581080016	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 150 mg, 60 Stk	7680632550024	Sero- quel XR, Ret Tabl 150 mg, 60 Stk	7680581080085	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 150 mg, 100 Stk	7680632550031	Sero- quel XR, Ret Tabl 150 mg, 100 Stk	7680581080092	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 200 mg, 60 Stk	7680632550048	Sero- quel XR, Ret	7680581080023	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016

		Tabl 200 mg, 60 Stk				
Sequase XR, Ret Tabl 200 mg, 100 Stk	7680632550055	Sero- quel XR, Ret Tabl 200 mg, 100 Stk	7680581080030	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 300 mg, 60 Stk	7680632550062	Sero- quel XR, Ret Tabl 300 mg, 60 Stk	7680581080047	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 300 mg, 100 Stk	7680632550079	Sero- quel XR, Ret Tabl 300 mg, 100 Stk	7680581080054	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 400 mg, 60 Stk	7680632550086	Sero- quel XR, Ret Tabl 400 mg, 60 Stk	7680581080061	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Sequase XR, Ret Tabl 400 mg, 100 Stk	7680632550093	Sero- quel XR, Ret Tabl 400 mg, 100 Stk	768058100078	Quetia- pinum	Chepla- pharm Schweiz GmbH	01.01.2016
Azithromycin Pfizer		Zithromax		Azithro- mycinum	Pfizer AG	

Azithromycin Pfizer, Filmtabl 500 mg, 3 Stk	7680612560036	Zithromax, Filmtabl 500 mg, 3 Stk	7680534880014	Azithromycinum	Pfizer AG	01.01.2016
Letrozol Sandoz		Femara		Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	
Letrozol Sandoz, Filmtabl 2.5 mg, 30 Stk	7680624070035	Femara, Filmtabl 2.5 mg, 30 Stk	7680540180016	Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.01.2017
Letrozol Sandoz, Filmtabl 2.5 mg, 100 Stk	7680624070042	Femara, Filmtabl 2.5 mg, 100 Stk	7680540180023	Letrozolum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva		Surmontil		Trimipraminum	Helvepharm AG	
Trimipramine Zentiva, Tabl 25 mg, 50 Stk	7680583450091	Surmontil, Tabl 25 mg, 50 Stk	7680287890179	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 25 mg, 200 Stk	7680583450107	Surmontil, Tabl 25 mg, 200 Stk	7680287890681	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 100 mg, 20 Stk	7680583450114	Surmontil, Tabl 100 mg, 20 Stk	7680287890339	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017
Trimipramine Zentiva, Tabl 100 mg, 100 Stk	7680583450121	Surmontil, Tabl 100 mg, 100 Stk	7680287890414	Trimipraminum	Helvepharm AG	01.01.2017

Trimipramine Zentiva, Tropfen 40 mg/ml, 30 ml	7680583460021	Sur- montil, Tropfen 4 %, 30 ml	7680294790110	Trimi- pra- minum	Hel- vepharm AG	01.01.2017
Crestastatin		Crestor		Rosuvas- tatin	Grünen- thal Pharma AG	
Crestastatin, Filmtabl 5 mg, 30 Stk	7680663610018	Crestor, Film- tabl 5 mg, 30 Stk	7680561390029	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
11Crestas- tatin, Film- tabl 5 mg, 100 Stk	7680663610025	Crestor, Film- tabl 5 mg, 100 Stk	7680561390043	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 10 mg, 30 Stk	7680663610049	Crestor, Film- tabl 10 mg, 30 Stk	7680561390067	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 10 mg, 100 Stk	7680663610056	Crestor, Film- tabl 10 mg, 100 Stk	7680561390081	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 20 mg, 30 Stk	7680663610070	Crestor, Film- tabl 20 mg, 30 Stk	7680561390104	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
Crestastatin, Filmtabl 20 mg, 100 Stk	7680663610087	Crestor, Film- tabl 20 mg, 100 Stk	7680561390128	Rosuvas- tatinum	Grünen- thal Pharma AG	01.07.2017
Ezetimibe Organon		Ezetrol		Eze- timibum	Organon GmbH	
Ezetimibe Organon, Tabl 10 mg, 28 Stk	7680665510033	Ezetrol, Tabl 10 mg, 28 Stk	7680561950025	Eze- timibum	Organon GmbH	01.01.2018

Ezetimibe Organon, Tabl 10 mg, 98 Stk	7680665510040	Ezetrol, Tabl 10 mg, 98 Stk	7680561950049	Eze- timibum	Organon GmbH	01.01.2018
Lenalidomid BMS		Revlimid		Lenalido- midum	Bristol- Myers Squibb SA	
Lenalidomid BMS 2.5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900013	REVLIMID 2.5 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120061	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900020	REVLIMID 5 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120016	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 7.5 mg, Hartkapseln, 21 Stk.	7680684900037	REVLIMID 7.5 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120078	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 10 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900044	REVLIMID 10 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120023	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 15 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900051	REVLIMID 15 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120030	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Lenalidomid BMS 20 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900068	REVLIMID 20 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120054	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022

Lenalidomid BMS 25 mg, Hartkapseln 21 Stk.	7680684900075	REVLIN 25 mg, Hart- kap- seln 21 Stk.	7680577120047	Lenali- do- midum	Bristol- Myers Squibb SA	01.08.2022
Amlodipin Valsartan Sandoz		Exforge		Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	
Amlodipin Valsartan Sandoz 5mg/ 80 mg, Film- tabletten, 28 Stk.	7680660150104	Exf- orge 5/ 80 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680577710026	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan Sandoz 5mg/ 80 mg, Film- tabletten, 98 Stk.	7680660150111	Exf- orge 5/ 80 mg, Filmta- bletten, 98 Stk.	7680577710040	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan Sandoz 5mg/ 160 mg, Filmtablette, 28 Stk.	7680660150128	Exf- orge 5/ 160 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680577710088	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan Sandoz 5mg/ 160 mg, Filmtablette, 98 Stk.	7680660150135	Exf- orge 5/ 160 mg, Filmta- bletten, 98 Stk.	7680577710101	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan Sandoz 10mg/160 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680660150142	Exf- orge 10/160 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680577710149	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan Sandoz 10mg/160	7680660150159	Exf- orge 10/160 mg,	7680577710163	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023

mg, Filmtabletten, 98 Stk.		Filmtabletten, 98 Stk.				
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 5 mg/160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 28 Stk.	7680660160097	Exforge HCT 5 mg/ 160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 28 Stk.	7680594070011	Amlodipinum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 5 mg/160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 98 Stk.	7680660160103	Exforge HCT 5 mg/ 160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 98 Stk.	7680594070035	Amlodipinum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 10 mg/160 mg/12.5 mg, Filmtabletten, 28 Stk.	7680660160110	Exforge HCT 10 mg/ 160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 28 Stk.	7680594070073	Amlodipinum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 10 mg/160 mg/12.5 mg, Filmtabletten, 98 Stk.	7680660160127	Exforge HCT 10 mg/ 160 mg/ 12.5 mg, Filmtabletten, 98 Stk.	7680594070097	Amlodipinum	Sandoz Pharmaceuticals AG	01.09.2023

Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 5 mg/160 mg/ 25 mg, Film- tabletten, 28 Stk.	7680660160134	Exf- orge HCT 5 mg/ 160 mg/ 25 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680594070042	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 5 mg/160 mg/ 25 mg, Film- tabletten, 98 Stk.	7680660160141	Exf- orge HCT 5mg/ 160 mg/ 25 mg, Filmta- bletten, 98 Stk.	7680594070066	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 10 mg/160 mg/25 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680660160158	Exf- orge HCT 10mg/ 160 mg/ 25 mg, Filmta- bletten, 28 Stk.	7680594070103	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Amlodipin Valsartan HCT Sandoz 10 mg/160 mg/25 mg, Filmta- bletten, 98 Stk.	7680660160165	Exf- orge HCT 10mg/ 160 mg/ 25 mg, Filmta- bletten, 98 Stk.	7680594070127	Amlodi- pinum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.09.2023
Fingolimod Sandoz		Gilenya		Fingoli- modum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	
Fingolimod Sandoz, Kaps 0.5 mg, 28 Stk	7680681760016	Gilenya, Kaps 0.5 mg, 28 Stk	7680609160010	Fingoli- modum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.01.2026

Fingolimod Sandoz, Kaps 0.5 mg 98 Stk.	7680681760023	Gilenya, Kaps 0.5 mg, 98 Stk	7680609160027	Fingoli- modum	Sandoz Phar- maceuti- cals AG	01.01.2026
---	---------------	---------------------------------------	---------------	-------------------	--	------------

## Anhang 2b<sup>333</sup>

(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 und besondere Abgeltungen

- a) Der Wert eines Taxpunktes beträgt:
  - aa) vom 1. Juli 2015 bis zum 31. Dezember 2015: 1.20 Franken;
  - bb) vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016: 1.10 Franken;
  - cc) ab dem 1. Januar 2017: 1.00 Franken.
- b) Anstatt der Position 4700.00 "Auftragsgebühr" wird auf jede Analysenposition ein Zuschlag von 20 % der Taxpunkte verrechnet. Der mit dem Wert eines Taxpunktes nach Bst. a bewertete Zuschlag darf pro Analysenposition höchstens 10 Franken betragen.
- c) Zusätzlich können 2.1 Taxpunkte pro Analyse für die Validation der Analyse und 5.0 Taxpunkte pro Auftrag für die Probenaufbewahrung verrechnet werden. Für Analysen von bereits archivierten Proben darf kein Zuschlag für die Probenaufbewahrung gemacht werden.

#### 1a. Aufgehoben

#### 2. Abgeltung des Bereitschafts- und Notfalldienstes von Privatlaboratorien

Pos.-Nr. 951.00	TP 12.5	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. 4706.00	TP 50.0	Zuschlag für Nacht-, Sonn- und Feiertage: Nicht anwendbar für in Liechtenstein versicherte Patienten.

#### 3. Aufgehoben

**Anhang 2c**<sup>334</sup>

(Art. 55 Abs. 2)

Abweichungen gemäss Art. 55 Abs. 2 von der vom Eidgenössischen  
Departement des Inneren (EDI)  
erlassenen Mittel- und Gegenstände-Liste<sup>335</sup>

Anhang 3<sup>336</sup>

(Art. 44c Abs. 2)

## Krankengeld-Berechnung

Das Krankengeld wird mit folgender verbindlichen Formel berechnet:

(versicherter Jahresverdienst/365) x 80 %

## Beispiele

## a) Monatslohn

Grundlohn pro Monat	3 650.00 Franken	
13. Monatslohn	3 650.00 Franken	
Jahreslohn:	3 650.00 x 12	43 800.00 Franken
13. Monatslohn		3 650.00 Franken
Jahresverdienst		<hr/> 47 450.00 Franken
Krankengeld:	$(47\,450.00/365) \times 80\% =$	104.00 Franken
Anzahl Tage:	13	
Total:	13 x 104.00 =	1 352.00 Franken

## b) Stundenlohn

Grundlohn pro Stunde	18.25 Franken	
13. Monatslohn	8.33 %	
Arbeitszeit:	45 Stunden pro Woche	
Jahreslohn:	18.25 x 45 x 52 =	42 705.00 Franken
13. Monatslohn		<hr/> 3 557.30 Franken
Jahresverdienst		46 262.30 Franken
Krankengeld:	$(46\,262.30/365) \times 80\% =$	101.00 Franken
Anzahl Tage:	22	
Total:	22 x 101.00 =	2 222.00 Franken

**Anhang 4<sup>337</sup>**

(Art. 57, 57a, 58, 59c und 61)

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

- 1) Es werden folgende Leistungen übernommen:
  - a) Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung;
  - b) Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion:
    1. aktive und passive Bewegungstherapie;
    2. manuelle Therapie;
    3. detonisierende Physiotherapie;
    4. Atemphysiotherapie (inkl. Aerosolinhalationen);
    5. medizinische Trainingstherapie;
    6. lymphologische Physiotherapie;
    7. Bewegungstherapie im Wasser;
    8. Hippotherapie bei multipler Sklerose, Cerebralparese und Trisomie 21;
    9. Herz-Kreislauf-Physiotherapie;
    10. Beckenboden-Physiotherapie;
  - c) Physikalische Massnahmen:
    1. Wärme- und Kältetherapie;
    2. Elektrotherapie;
    3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht);
    4. Ultraschall;
    5. Hydrotherapie;
    6. Muskel- und Bindegewebsmassage.

Massnahmen nach Bst. b Ziff. 1, 3 bis 5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

2) Der Taxpunktwert für die Abgeltung von physiotherapeutischen Leistungen beträgt vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 1.10 Franken.

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

Es werden folgende Leistungen übernommen:

- a) Aufgehoben
- b) Aufgehoben
- c) Aufgehoben
- d) Aufgehoben
- e) Aufgehoben
- f) Aufgehoben
- g) Aufgehoben
- h) Manuelle Massage:
  - 1. Aufgehoben
  - 2. Lymphdrainage bei Lymphödemen durch speziell in dieser Therapie ausgebildete medizinische Masseur;e
- i) Aufgehoben
- k) Aufgehoben
- l) Aufgehoben

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

Es wird die Beratung bei folgenden Krankheiten übernommen:

- a) Stoffwechselkrankheiten;
- b) Übergewicht (Body-Mass-Index  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bei Erwachsenen, bei Kindern 90. Percentile) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- c) Adipositas (Body-Mass-Index  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  bei Erwachsenen, bei Kindern 97. Percentile);
- c<sup>bis</sup>) Adipositas und Übergewicht im Rahmen der "ambulanten individuellen multiprofessionellen strukturierten Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche" nach Anhang 1 Ziff. 4;
- 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 Kosten der Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht wird:
- von Pflegefachfrauen mit einer von der Regierung anerkannten speziellen Ausbildung; oder
  - von einer zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.
- 4.2 Die Diabetesberatung umfasst die Beratung über Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.
- 4.3 Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zehn Sitzungen. Soll die Diabetesberatung nach zehn Sitzungen 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 Beratung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.
- 4.4 In den Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft können Ernährungsberater die Leistung nach Ziff. 3 Bst. a dieses Anhangs und Art. 58 Abs. 2 und 3 erbringen.
- 4a. Leistungen von Naturheilpraktikern (Art. 59c Abs. 1)**
- Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt als Leistung der Naturheilpraktik die Akupunktur (Traditionelle Chinesische Medizin, TCM).
- 5. Leistungen der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim (Art. 61 Abs. 2)**
- 5.1 Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination:
- Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen;
  - Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
  - Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.
- 5.2 Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:

- a) Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht);
- b) einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin;
- c) Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken;
- d) Massnahmen zur Atemtherapie (wie O<sub>2</sub>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen);
- e) Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen;
- f) Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse;
- g) Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten;
- h) enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen;
- i) Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen;
- k) Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern;
- l) pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz;
- m) Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen;
- n) pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen;
- o) Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

### 5.3 Massnahmen der Grundpflege:

- a) Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Prophylaxe (z.B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontraktur-, Thromboseprophylaxe); Bewegungsübungen, Mobilisieren; Massnahmen zur Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, bei der Anwendung von Hilfsmitteln, insbesondere Hör- und Sehhilfen sowie Prothetik, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken;
- b) Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung

und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

**Anhang 4a<sup>338</sup>**

(Art. 74 Abs. 3)

**Zuweisung an einen nicht für die OKP zugelassenen Leistungserbringer**

(Gültigkeitsdauer: 6 Monate ab Ausstellung; bei medizinischem Notfall für die Dauer der Notfallbehandlung)

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-Vertragssnetzes:

- 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 4b<sup>339</sup>**

(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 Links
- 03 Akut
- 04 Chronisch / Rezidiv
- 05 Infektiös
- 06 Funktionell
- 07 Neoplasie
- 08 Berufsbedingt

### **Erläuterungen**

Es können mehrere Ziffern des Hauptcodes 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 5<sup>340</sup>**  
(Art. 81 Abs. 1)

**Befreiung von der Kostenbeteiligung für  
Chronischkranke**

Organsystem / Gruppe	Diagnose	Voraussetzungen
Stoffwechsel	Diabetes mellitus	insulinbedürftig, Endorgan- schaden (Nephropathie, Ophthalmopathie, Neuropa- thie, Angiopathie)
Leber	Hepatitis C - Zirrhose	
Leber / Blut	Hämophilie (Bluter)	Ersatztherapie mit Gerin- nungsfaktoren
Psyche	chronische Schizophrenie	ab einer Invalidisierung von 30 %*
	chronische Depression	ab einer Invalidisierung von 30 %*
	Alzheimer-Erkrankung	Anordnung von Vormund- schaftsmassnahmen und/ oder Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit
	Suchterkrankungen	Alkohol, Drogen; in Psy- chotherapie
Zentrales Nervensystem	Parkinsonerkrankung	Medikamente, Physiothe- rapie; ab einer Invalidisie- rung von 30 %*
	multiple Sklerose	fortgeschrittene Stadien mit Behinderung; ab einer Inva- lidisierung von 30 %* oder Interferontherapie oder Antikörpertherapie
	Schlaganfall	bei chronischen Lähmungen; ab einer Invalidisierung von 30 %*
	chronische Epilepsie	ab einer Invalidisierung von 30 %*

	Friedreich-Ataxie	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	Amyotrophe Lateralsklerose	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	Guillain-Barré-Syndrom	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	primäre Neuropathie	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	Calpainopathie	Medikamente, Physiotherapie; ab einer Invaldisierung von 30 %*
Urogenitalsystem	chronische Niereninsuffizienz	Dialysebehandlung
	angeborene Blasenextrophie	
Bewegungsapparat	chronische Polyarthritis	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	Morbus Bechterew	ab einer Invaldisierung von 30 %*
	schwere Polyarthrose	ab einer Invaldisierung von 30 %*
Infektionen	symptomatische HIV-Infektion	virostatische Therapie - ARC - AIDS
	chronische Tuberkulose	bei Suchtkranken, HIV
Lunge	respiratorische Insuffizienz	Dauersauerstoffbehandlung
Neoplasien (Tumoren)	alle	zytostatische, Radiotherapie, Immuntherapie oder ab einer Invaldisierung von 30 %*
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
	Spina bifida (Myelomenin-gocele)	ab einer Invalidisierung von 30 %*
Haut	Epidermolysis bullosa	
Darm	Morbus Crohn	Behandlung mit Immunsuppressiva bzw. Biologika
	Colitis ulcerosa	Behandlung mit Immunsuppressiva bzw. Biologika

\* Der Invaliditätsgrad ist bei Altersrentnern nicht zu berücksichtigen.

---

## Übergangs- und Inkrafttretensbestimmungen

### 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 Krankenversicherung<sup>341</sup>

...

**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 Krankenversicherung<sup>342</sup>

...

**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 Masseurinnen 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 Krankenversicherung<sup>343</sup>

...

**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 Inkrafttretens<sup>344</sup> 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.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt  
Jahrgang 2013 Nr. 392 ausgegeben am 9. Dezember 2013

Verordnung  
vom 3. Dezember 2013  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

II.

Übergangsbestimmung

§ 1

*Hängige Verfahren*

Auf ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 36), die vor dem Inkrafttreten<sup>345</sup> dieser Verordnung fällig wurden, sowie auf hängige Gesuche und Rechtsstreitigkeiten nach Art. 12 Abs. 3a des Gesetzes i.V.m. Art 45a dieser Verordnung findet das neue Recht Anwendung.

§ 2

*Bedarfsplanung für Chiropraktoren*

1) Der Verband der Liechtensteinischen Chiropraktoren und der Kassenverband unterbreiten der Regierung die Bedarfsplanung nach Art. 65a Abs. 1 spätestens bis zum 31. Mai 2014 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 2013 gültigen Bewilligungen zur freiberuflichen Berufsausübung von Chiropraktoren nach dem Gesundheitsgesetz als ausreichende Versorgung im Sinne von Art. 16b Abs. 1 des Gesetzes und damit als provisorische Bedarfsplanung.

3) Chiropraktoren, die nach dem 31. Dezember 2013 eine Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung nach dem Gesundheitsgesetz erhalten, werden während der Geltungsdauer der provisorischen Bedarfsplanung nach Abs. 2 nicht zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen.

### § 3

#### *Zertifizierte Datenannahmestelle*

Jede Kasse muss bis zum 31. Dezember 2015 über eine zertifizierte Datenannahmestelle nach Art. 76b Abs. 6 verfügen. Solange die Kasse über keine zertifizierte Datenannahmestelle verfügt, ist eine systematische Weitergabe von medizinischen Angaben nach Art. 76b Abs. 3 nur an den Vertrauensarzt nach Art. 20 des Gesetzes möglich.

...

**Liechtensteinisches Landesgesetzblatt**  
Jahrgang 2016 Nr. 210 ausgegeben am 24. Juni 2016

**Verordnung**  
vom 21. Juni 2016  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

**II.**

**Übergangsbestimmungen**

1) Art. 44 Abs. 2 und 3, Art. 44a Abs. 1, Art. 79 Abs. 1 sowie Art. 82 sind erstmals für die Festlegung der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber des Jahres 2017 anzuwenden.<sup>346</sup>

2) Aufgehoben.<sup>347</sup>

**III.**

**Inkrafttreten**

1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich Abs. 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.

2) Art. 35a, 78 Abs. 1 und 3 sowie Ziff. II Abs. 1 (Übergangsbestimmungen) treten am Tag nach der Kundmachung in Kraft.

**Liechtensteinisches Landesgesetzblatt**  
**Jahrgang 2016 Nr. 519 ausgegeben am 28. Dezember 2016**

**Verordnung**  
**vom 22. Dezember 2016**  
**betreffend die Abänderung der Verordnung zum**  
**Gesetz über die Krankenversicherung**

...

**II.**  
**Übergangsbestimmungen**

1) Vor- und Nachsorgeuntersuchungen nach Anhang 2 Ziff. 2.1 werden bis zum 31. Dezember 2017 wie folgt abgerechnet:<sup>348</sup>

Position	Bezeichnung	Taxpunkte	Taxpunktwert	Wert
8.550.1	Vorsorge-Untersuchung Erwachsene alle 5 Jahre	75.40	1.65	124.41 Franken
8.550.2	Follow-up Untersuchung (maximal 5 mal in 5 Jahren)	20.30	1.65	33.50 Franken
8.551.1	Gynäkologische Vorsorge-Untersuchung (alle 2 1/2 Jahre)	38.40	1.65	63.36 Franken
8.551.2	Gynäkologische Zusatzuntersuchungen	13.50	1.65	22.28 Franken
8.551.3	Gebärmutterhalskrebs-Abstrich (PAP-Abstrich)	-	-	-

2) Vor- und Nachsorgesorgeuntersuchungen nach Anhang 2 Ziff. 2.2 werden bis zum 31. Dezember 2017 wie folgt abgerechnet:

Position	Bezeichnung	Taxpunkte	Taxpunktwert	Wert
8.580.1	Neugeborenen-Erstuntersuchung U1	48.40	1.65	79.86 Franken
8.580.2	Neugeborenen-Grunduntersuchung U2	32.30	1.65	53.30 Franken
8.580.3	Vorsorge-Untersuchung U3	51.50	1.65	84.98 Franken
8.580.4	Vorsorge-Untersuchung U4	51.60	1.65	85.14 Franken
8.580.5	Vorsorge-Untersuchung U5	51.60	1.65	85.14 Franken
8.580.6	Vorsorge-Untersuchung U6	51.60	1.65	85.14 Franken
8.580.7	Vorsorge-Untersuchung U7	76.30	1.65	125.90 Franken
8.580.8	Vorsorge-Untersuchung U8	60.10	1.65	99.17 Franken
8.580.9	Vorsorge-Untersuchung U9	60.50	1.65	99.83 Franken

3) Wird die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der ordentlichen Vorsorgeuntersuchung (8.550.1) vorgenommen, kann keine zusätzliche Konsultation verrechnet werden. Ansonsten kann zusätzlich die reguläre Konsultation (8.001.1, 20.30 Taxpunkte oder 33.50 Franken) verrechnet werden.<sup>349</sup>

**Liechtensteinisches Landesgesetzblatt**  
Jahrgang 2017 Nr. 355 ausgegeben am 15. Dezember 2017

**Verordnung**  
vom 12. Dezember 2017  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

**II.**  
**Übergangsbestimmung**

Nach bisherigem Recht abgeschlossene Tarifvereinbarungen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens bleiben weiterhin gültig.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt  
Jahrgang 2022 Nr. 416 ausgegeben am 23. Dezember 2022

Verordnung  
vom 22. Dezember 2022  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

II.

Inkrafttreten und Geltungsdauer

- 1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.
- 2) Art. 52e gilt bis zum 30. Juni 2024.

...

**Liechtensteinisches Landesgesetzblatt**  
Jahrgang 2024 Nr. 454 ausgegeben am 13. Dezember 2024

**Verordnung**  
vom 10. Dezember 2024  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

**II.**  
**Übergangsbestimmung**

Diese Verordnung findet erstmals Anwendung auf die Berechnung der Staatsbeiträge für das Jahr 2023.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt  
Jahrgang 2025 Nr. 258 ausgegeben am 7. April 2025

Verordnung  
vom 1. April 2025  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

II.  
Übergangsbestimmung

Medizinische Masseure, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung<sup>350</sup> zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, können für eine Dauer von fünf Jahren ab Inkrafttreten dieser Verordnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Massgabe von Art. 57a Abs. 1 die Leistungen nach dem bisherigen Anhang 4 Ziff. 2 abrechnen.

...

**Liechtensteinisches Landesgesetzblatt**  
Jahrgang 2025 Nr. 553 ausgegeben am 9. Dezember 2025

**Verordnung**  
vom 2. Dezember 2025  
betreffend die Abänderung der Verordnung zum  
Gesetz über die Krankenversicherung

...

**II.**  
**Übergangsbestimmung**

Ärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die bis zum 31. Dezember 2025 erbracht wurden, sind nach bisherigem Recht zu berechnen.

...

- 
- 1 Ingress abgeändert durch [LGBL. 2020 Nr. 460.](#)
- 
- 2 Überschrift vor Art. 1 abgeändert durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 3 Art. 1 abgeändert durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 4 Art. 1a eingefügt durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 5 Art. 1abis eingefügt durch [LGBL. 2016 Nr. 210.](#)
- 
- 6 Überschrift vor Art. 1b eingefügt durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 7 Überschrift vor Art. 1b eingefügt durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 8 Art. 1b eingefügt durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 9 Art. 2 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL. 2022 Nr. 204.](#)
- 
- 10 Art. 4 Abs. 4 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL. 2013 Nr. 392.](#)
- 
- 11 Art. 4 Abs. 5 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 12 Art. 5 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 13 Art. 5 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL. 2016 Nr. 519.](#)
- 
- 14 Art. 5 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 15 Art. 6 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 16 Art. 7 Abs. 1 Bst. b aufgehoben durch [LGBL. 2003 Nr. 267.](#)
- 
- 17 Art. 7 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL. 2016 Nr. 210.](#)
- 
- 18 Art. 7 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 19 Art. 8 abgeändert durch [LGBL. 2016 Nr. 519.](#)
- 
- 20 Sachüberschrift vor Art. 10 eingefügt durch [LGBL. 2020 Nr. 460.](#)
- 
- 21 Art. 10 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL. 2020 Nr. 460.](#)
- 
- 22 Art. 10a eingefügt durch [LGBL. 2020 Nr. 460.](#)
- 
- 23 Art. 11 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 24 Art. 11 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL. 2016 Nr. 519.](#)
- 
- 25 Art. 11 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 26 Art. 12 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 27 Art. 12 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 28 Art. 14 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 29 Art. 14 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)
- 
- 30 Art. 14 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL. 2006 Nr. 224.](#)

- 
- [31](#) Art. 15 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [32](#) Art. 16 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [33](#) Art. 18 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [34](#) Art. 19 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2024 Nr. 454](#).
- 
- [35](#) Art. 24 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [36](#) Art. 25 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [37](#) Art. 25 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- [38](#) Art. 26 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [39](#) Art. 26 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [40](#) Art. 27 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [41](#) Art. 27 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [42](#) Art. 28 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [43](#) Art. 28 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [44](#) Art. 28 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [45](#) Art. 29 aufgehoben durch [LGBL 2020 Nr. 233](#).
- 
- [46](#) Art. 30 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [47](#) Art. 31 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [48](#) Art. 33 aufgehoben durch [LGBL 2014 Nr. 192](#).
- 
- [49](#) Art. 34 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2011 Nr. 422](#).
- 
- [50](#) Art. 35 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [51](#) Art. 35a abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [52](#) Art. 35b eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [53](#) Art. 36 aufgehoben durch [LGBL 2020 Nr. 233](#).
- 
- [54](#) Art. 37 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [55](#) Art. 39 Abs. 2 aufgehoben durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [56](#) Art. 40 aufgehoben durch [LGBL 2025 Nr. 553](#).
- 
- [57](#) Art. 41 Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [58](#) Art. 42 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [59](#) Art. 43 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 125](#).
- 
- [60](#) Art. 44 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).

- 
- 61 Art. 44 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- 62 Art. 44a abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- 63 Art. 44b eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- 64 Art. 44c eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- 65 Art. 45a eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- 66 Art. 46 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#) und [LGBL 2008 Nr. 30](#).
- 
- 67 Art. 46 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- 68 Art. 46 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
- 
- 69 Art. 47 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 240](#).
- 
- 70 Art. 47 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 240](#).
- 
- 71 Art. 47 Abs. 2 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- 72 Art. 47 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- 73 Art. 47a abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 125](#).
- 
- 74 Die Einschränkungen sind einsehbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Ärztliche Leistungen > Anhang 1a der KLV
- 
- 75 Art. 48 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- 76 Art. 49 Abs. 2 aufgehoben durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- 77 Art. 51 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- 78 Art. 51 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- 79 Art. 51 Bst. c eingefügt durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- 80 Art. 51 Bst. d eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- 81 Art. 52 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- 82 Die Listen sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- 
- 83 Art. 52 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- 84 Art. 52 Abs. 1a aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- 85 Art. 52 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- 86 Art. 52 Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- 87 Art. 52a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
- 
- 88 Art. 52a Abs. 1 Einleitungssatz eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
- 
- 89 Art. 52a Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
-

- 
- [90](#) Art. 52a Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- [91](#) Art. 52a Abs. 1 Bst. c eingefügt durch [LGBL 2001 Nr. 148](#).
- 
- [92](#) Art. 52a Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2025 Nr. 258](#).
- 
- [93](#) Art. 52b eingefügt durch [LGBL 2012 Nr. 249](#).
- 
- [94](#) Art. 52c eingefügt durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- [95](#) Art. 52d eingefügt durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- [96](#) Art. 52e aufgehoben durch [LGBL 2022 Nr. 416](#).
- 
- [97](#) Art. 53 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 194](#).
- 
- [98](#) Art. 53 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
- 
- [99](#) Art. 53 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [100](#) Art. 53 Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [101](#) Art. 53 Abs. 7 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
- 
- [102](#) Art. 53 Abs. 8 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [103](#) Art. 53 Abs. 10 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2007 Nr. 140](#).
- 
- [104](#) Art. 54 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [105](#) Art. 54 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [106](#) Art. 54a Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [107](#) Die Liste ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- 
- [108](#) Art. 54a Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [109](#) Art. 54a Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [110](#) Art. 54a Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [111](#) Die Liste ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- 
- [112](#) Art. 55 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [113](#) Art. 55 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 360](#).
- 
- [114](#) Art. 56 abgeändert durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- [115](#) Art. 56 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 176](#).
- 
- [116](#) Art. 56 Abs. 1 Bst. d abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [117](#) Art. 56 Abs. 1 Bst. e eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [118](#) Art. 57 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [119](#) Art. 57 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).

- 
- [120](#) Art. 57 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [121](#) Art. 57 Abs. 2a abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [122](#) Art. 57 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- [123](#) Art. 57 Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [124](#) Art. 57a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [125](#) Art. 57a Abs. 1 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [126](#) Art. 57a Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [127](#) Art. 57a Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [128](#) Art. 57a Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- [129](#) Art. 58 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [130](#) Art. 58 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [131](#) Art. 58 Abs. 2 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [132](#) Art. 58 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [133](#) Art. 59 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [134](#) Art. 59a Sachüberschrift eingefügt durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
- 
- [135](#) Art. 59a Abs. 1 eingefügt durch [LGBL 2002 Nr. 184](#).
- 
- [136](#) Art. 59a Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [137](#) Art. 59a Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [138](#) Art. 59a Abs. 4 eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [139](#) Art. 59b eingefügt durch [LGBL 2008 Nr. 243](#).
- 
- [140](#) Art. 59b Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 233](#).
- 
- [141](#) Art. 59b Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [142](#) Art. 59c eingefügt durch [LGBL 2012 Nr. 294](#).
- 
- [143](#) Art. 59c Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [144](#) Art. 59c Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [145](#) Art. 60 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [146](#) Art. 60 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 355](#).
- 
- [147](#) Art. 60 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [148](#) Art. 60 Abs. 4 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [149](#) Art. 60 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).

- 
- [150](#) Sachüberschrift vor Art. 61 eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [151](#) Art. 61 abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [152](#) Art. 62 abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [153](#) Art. 63 abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [154](#) Art. 63a eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [155](#) Art. 63b eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [156](#) Art. 63c eingefügt durch [LGBL 2020 Nr. 29](#).
- 
- [157](#) Art. 64 abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 125](#).
- 
- [158](#) Art. 64a eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [159](#) Sachüberschrift vor Art. 65 eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [160](#) Art. 65 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [161](#) Art. 65 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [162](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [163](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [164](#) Art. 65 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [165](#) Art. 65 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [166](#) Art. 65a abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [167](#) Art. 65a Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 16](#).
- 
- [168](#) Art. 65b eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [169](#) Art. 65b Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 16](#).
- 
- [170](#) Art. 65b Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2025 Nr. 553](#).
- 
- [171](#) Art. 65b Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2017 Nr. 16](#).
- 
- [172](#) Sachüberschrift vor Art. 66 eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [173](#) Art. 66 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [174](#) Art. 66a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [175](#) Art. 66a Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [176](#) Art. 67 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [177](#) Art. 68 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [178](#) Art. 69 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [179](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).

- 
- [180](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [181](#) Art. 69 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [182](#) Art. 69 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [183](#) Art. 70 abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 125](#).
- 
- [184](#) Art. 71 abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [185](#) Art. 71 Einleitungssatz abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 355](#).
- 
- [186](#) Art. 72 aufgehoben durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [187](#) Art. 72a abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 43](#).
- 
- [188](#) Art. 73 abgeändert durch [LGBL 2025 Nr. 553](#).
- 
- [189](#) Sollte richtigerweise lauten: [www.llv.li/de/privatpersonen/gesundheitsvorsorge-und-pflege/versicherung/krankenversicherung/aerztliche-leistungen](http://www.llv.li/de/privatpersonen/gesundheitsvorsorge-und-pflege/versicherung/krankenversicherung/aerztliche-leistungen).
- 
- [190](#) Art. 73a abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 355](#).
- 
- [191](#) Sachüberschrift vor Art. 73b eingefügt durch [LGBL 2017 Nr. 176](#).
- 
- [192](#) Art. 73b eingefügt durch [LGBL 2017 Nr. 176](#).
- 
- [193](#) Art. 74 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 176](#).
- 
- [194](#) Art. 74 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [195](#) Art. 74 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#), [LGBL 2006 Nr. 224](#) und [LGBL 2008 Nr. 30](#).
- 
- [196](#) Art. 74 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [197](#) Art. 75 abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 355](#).
- 
- [198](#) Art. 75a eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [199](#) Art. 76 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [200](#) Art. 76 Abs. 1 Bst. c Ziff 1 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [201](#) Art. 76 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [202](#) Art. 76 Abs. 1 Bst. d eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [203](#) Art. 76 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [204](#) Art. 76a eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [205](#) Art. 76b eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).
- 
- [206](#) Art. 76b Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2018 Nr. 420](#).
- 
- [207](#) Art. 76b Abs. 6 abgeändert durch [LGBL 2018 Nr. 420](#).
- 
- [208](#) Art. 76c eingefügt durch [LGBL 2013 Nr. 392](#).

- 
- [209](#) Art. 76c Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2018 Nr. 420](#).
- 
- [210](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. d abgeändert durch [LGBL 2008 Nr. 109](#).
- 
- [211](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. e abgeändert durch [LGBL 2015 Nr. 346](#).
- 
- [212](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. f aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [213](#) Art. 77 Abs. 1 Bst. g aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [214](#) Art. 77a aufgehoben durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [215](#) Art. 78 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [216](#) Art. 78 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#) und [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [217](#) Art. 78 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [218](#) Art. 78a abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [219](#) Art. 79 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [220](#) Art. 79 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [221](#) Art. 81 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [222](#) Art. 81a abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- [223](#) Art. 82 abgeändert durch [LGBL 2016 Nr. 210](#).
- 
- [224](#) Art. 83 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#).
- 
- [225](#) Art. 84 Sachüberschrift abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [226](#) Art. 84 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2024 Nr. 454](#).
- 
- [227](#) Art. 84 Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2024 Nr. 454](#).
- 
- [228](#) Art. 84a eingefügt durch [LGBL 2024 Nr. 454](#).
- 
- [229](#) Art. 85 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [230](#) Art. 85 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2024 Nr. 454](#).
- 
- [231](#) Art. 85 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [232](#) Art. 86 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [233](#) Art. 87 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [234](#) Art. 87 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [235](#) Überschrift vor Art. 88 abgeändert durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [236](#) Art. 88 bis 95 aufgehoben durch [LGBL 2017 Nr. 220](#).
- 
- [237](#) Art. 96 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [238](#) Art. 96 Abs. 2 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).

- 
- [239](#) Art. 96 Abs. 3 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [240](#) Art. 96 Abs. 5 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [241](#) Art. 97 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [242](#) Art. 100 abgeändert durch [LGBL 2006 Nr. 224](#).
- 
- [243](#) Art. 100 Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2013 Nr. 12](#).
- 
- [244](#) Art. 101 aufgehoben durch [LGBL 2003 Nr. 267](#).
- 
- [245](#) Anhang 1 abgeändert durch [LGBL 2023 Nr. 125](#), [LGBL 2023 Nr. 360](#), [LGBL 2025 Nr. 258](#) und [LGBL 2025 Nr. 553](#).
- 
- [246](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [247](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [248](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [249](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [250](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [251](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [252](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [253](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [254](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [255](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [256](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [257](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [258](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [259](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [260](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [261](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [262](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [263](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [264](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [265](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [266](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [267](#) Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [268](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)



- 
- [299](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [300](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [301](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [302](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [303](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [304](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [305](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [306](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [307](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [308](#) Anhang 1a abgeändert durch [LGBL. 2013 Nr. 392](#), [LGBL. 2017 Nr. 176](#), [LGBL. 2018 Nr. 188](#), [LGBL. 2020 Nr. 29](#), [LGBL. 2020 Nr. 460](#), [LGBL. 2021 Nr. 369](#), [LGBL. 2023 Nr. 360](#) und [LGBL. 2025 Nr. 258](#).
- 
- [309](#) Anhang 1b abgeändert durch [LGBL. 2023 Nr. 125](#).
- 
- [310](#) Anhang 1b enthält derzeit keine Abweichungen.
- 
- [311](#) Anhang 2 abgeändert durch [LGBL. 2002 Nr. 184](#), [LGBL. 2003 Nr. 202](#), [LGBL. 2006 Nr. 177](#), [LGBL. 2007 Nr. 317](#), [LGBL. 2008 Nr. 30](#), [LGBL. 2010 Nr. 169](#), [LGBL. 2010 Nr. 410](#), [LGBL. 2013 Nr. 392](#), [LGBL. 2014 Nr. 32](#), [LGBL. 2014 Nr. 192](#), [LGBL. 2015 Nr. 346](#), [LGBL. 2016 Nr. 519](#), [LGBL. 2017 Nr. 176](#), [LGBL. 2017 Nr. 355](#), [LGBL. 2017 Nr. 441](#), [LGBL. 2018 Nr. 188](#), [LGBL. 2019 Nr. 44](#), [LGBL. 2020 Nr. 29](#), [LGBL. 2020 Nr. 460](#), [LGBL. 2021 Nr. 369](#), [LGBL. 2023 Nr. 125](#), [LGBL. 2023 Nr. 360](#), [LGBL. 2025 Nr. 258](#) und [LGBL. 2025 Nr. 553](#).
- 
- [312](#) Die Listen sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- 
- [313](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [314](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [315](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [316](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [317](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [318](#) Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [319](#) Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [320](#) Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [321](#) Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [322](#) Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [323](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [324](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
-

- 
- [325](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [326](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [327](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [328](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [329](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [330](#) Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)
- 
- [331](#) Anhang 2a abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und [LGBL 2007 Nr. 317](#).
- 
- [332](#) Anhang 2abis abgeändert durch [LGBL 2025 Nr. 553](#).
- 
- [333](#) Anhang 2b abgeändert durch [LGBL 2005 Nr. 268](#), [LGBL 2006 Nr. 65](#), [LGBL 2006 Nr. 177](#), [LGBL 2008 Nr. 109](#), [LGBL 2009 Nr. 194](#), [LGBL 2009 Nr. 338](#), [LGBL 2010 Nr. 78](#), [LGBL 2010 Nr. 159](#), [LGBL 2011 Nr. 501](#), [LGBL 2014 Nr. 53](#), [LGBL 2015 Nr. 137](#), [LGBL 2015 Nr. 167](#) und [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [334](#) Anhang 2c eingefügt durch [LGBL 2023 Nr. 360](#).
- 
- [335](#) Dieser Anhang enthält derzeit keine Abweichungen.
- 
- [336](#) Anhang 3 abgeändert durch [LGBL 2020 Nr. 460](#).
- 
- [337](#) Anhang 4 abgeändert durch [LGBL 2004 Nr. 309](#), [LGBL 2007 Nr. 317](#), [LGBL 2008 Nr. 109](#), [LGBL 2012 Nr. 294](#), [LGBL 2013 Nr. 392](#), [LGBL 2014 Nr. 192](#), [LGBL 2015 Nr. 137](#), [LGBL 2015 Nr. 346](#), [LGBL 2017 Nr. 355](#), [LGBL 2020 Nr. 29](#), [LGBL 2022 Nr. 204](#) und [LGBL 2025 Nr. 258](#).
- 
- [338](#) Anhang 4a abgeändert durch [LGBL 2009 Nr. 339](#) und [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [339](#) Anhang 4b eingefügt durch [LGBL 2005 Nr. 209](#).
- 
- [340](#) Anhang 5 eingefügt durch [LGBL 2004 Nr. 309](#) und abgeändert durch [LGBL 2005 Nr. 209](#), [LGBL 2008 Nr. 109](#), [LGBL 2014 Nr. 192](#), [LGBL 2015 Nr. 346](#), [LGBL 2017 Nr. 176](#), [LGBL 2020 Nr. 29](#), [LGBL 2021 Nr. 369](#), [LGBL 2022 Nr. 416](#) und [LGBL 2025 Nr. 258](#).
- 
- [341](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2002.
- 
- [342](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2004.
- 
- [343](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2005.
- 
- [344](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2010.
- 
- [345](#) Inkrafttreten: 1. Januar 2014.
- 
- [346](#) Inkrafttreten Ziff. II Abs. 1: 25. Juni 2016.
- 
- [347](#) Übergangsbestimmungen Kapitel II, Abs. 2 aufgehoben durch [LGBL 2016 Nr. 519](#).
- 
- [348](#) Ziff. II Abs. 1 abgeändert durch [LGBL 2017 Nr. 112](#).
- 
- [349](#) Ziff. II Abs. 3 eingefügt durch [LGBL 2017 Nr. 112](#).

[350](#) *Inkrafttreten: 1. Mai 2025.*