

Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)

Vom 25. November 2008 (Stand 1. Januar 2019)

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt,

gestützt auf das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989 ¹⁾, auf § 8 des Spitalgesetzes vom 26. März 1981 ²⁾, auf das Gesetz über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen, SoHaG) vom 25. Juni 2008 ³⁾ sowie das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ⁴⁾,

beschliesst:

I. Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenpflegeversicherung (KVG)

§ 1 *Zuständige Departemente*

¹⁾ Die Durchführung von Aufgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Krankenversicherung) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 obliegt zum einen Teil dem Gesundheitsdepartement und zum anderen Teil dem Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge). Die beiden Departemente regeln ihre Zusammenarbeit.

²⁾ Folgende Aufgaben werden vom Gesundheitsdepartement wahrgenommen:

- a) ⁵⁾ die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung der Kantonsregierung übertragenen Beschlüsse, insbesondere die Tarifgenehmigung, die Tariffestsetzung sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gemäss den Art. 25a Abs. 2, 43 bis 51 sowie Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG);
- b) die Vorbereitung zu Handen des Regierungsrates der ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss den Art. 54 bis 55a KVG;

¹⁾ SG [834.400](#).

²⁾ Dieses Gesetz ist aufgehoben.

³⁾ SG [890.700](#).

⁴⁾ SR [832.10](#).

⁵⁾ § 1 Abs. 2 lit. a in der Fassung des RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

- c) die Mitwirkung an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG;
- d) die Spitalplanung;
- e) die Durchführung der Betriebsvergleiche;
- f) die Mitwirkung bei der Erstellung der bundesrechtlich vorgeschriebenen Statistiken;
- g) die Kostenübernahme bei medizinisch bedingter ausserkantonaler Hospitalisation;
- h) die Regelung bei Ausstand von Leistungserbringenden;
- i) Vorbereitung der Sicherung der medizinischen Versorgung zu Händen des Regierungsrates;
- j) ⁶⁾ ...
- k) ⁷⁾ Vollzug der Restfinanzierung der Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG;
- l) ⁸⁾ die Vorbereitung zu Händen des Regierungsrates betreffend die Untersuchungen und Behandlungen gemäss § 4a.

³ Folgende Aufgaben werden vom Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) wahrgenommen:

- a) ⁹⁾ der Vollzug des Krankenversicherungsobligatoriums und die Abgeltung an die Versicherer für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gemäss Art. 64a KVG;
- b) die Ausrichtung und Kontrolle der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien;
- c) der Vollzug des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989;
- d) die Anwendung der §§ 5 und 6 der Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegeverordnung) vom 30. Oktober 2001.
- e) ¹⁰⁾ die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen gemäss § 8a;
- f) ¹¹⁾ die Ausrichtung und Kontrolle der kantonalen Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege gemäss § 8c.

⁴ Das Amt für Sozialbeiträge führt im Rahmen der Vorbereitung von Tarifgeschäften gemäss Abs. 2 lit. a eine Analyse über allfällige Auswirkungen von Tarifierpassungen insbesondere auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien, der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien, der Sozialhilfe, der Ergänzungsleistungen und der kantonalen Beihilfen sowie auf das Versicherungsobligatorium durch. Es erhält die dafür notwendigen Unterlagen vom Gesundheitsdepartement mindestens 19 Tage vor der Regierungsratssitzung zur Stellungnahme zu Händen des Regierungsrates.

⁶⁾ § 1 Abs. 2 lit. j aufgehoben durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁷⁾ Fassung vom 17. April 2018, in Kraft seit 1. Juli 2018 (KB 28.04.2018)

⁸⁾ Eingefügt am 17. April 2018, in Kraft seit 1. Juli 2018 (KB 28.04.2018)

⁹⁾ § 1 Abs. 3 lit. a in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

¹⁰⁾ § 1 Abs. 3 lit. e beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

¹¹⁾ § 1 Abs. 3 lit. f beigefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

II. Förderung der Gesundheit

§ 2 *Gemeinsame Institution*

¹ Der Kanton wirkt an der gemeinsamen Institution gemäss Art. 19 KVG zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten mit.

III. Spitäler und andere Einrichtungen

§ 3 *Grundlagen zur Bedarfsermittlung*

¹ Das Gesundheitsdepartement ermittelt die Grundlagen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und zur Festlegung des Bedarfs an Pflegebetten.

² Es berücksichtigt dabei die Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit.

§ 4 *Spitalliste / Liste der Pflegeheime*

¹ Das Gesundheitsdepartement erarbeitet zu Händen des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler, Kliniken und Pflegeheime.

² Der Regierungsrat erlässt die Listen.

§ 4a¹²⁾ *Förderung ambulanter Untersuchungen und Behandlungen*

¹ Der Regierungsrat bezeichnet elektive Untersuchungen und Behandlungen, welche ambulant in der Regel wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher durchgeführt werden können als stationär (Anhang 3).

² Der Kanton beteiligt sich an den Kosten der stationären Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen nach Abs. 1 bei Patientinnen und Patienten nur, wenn besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. Besondere Umstände liegen insbesondere vor, wenn die Patientin oder der Patient:¹³⁾

- a) besonders schwer erkrankt ist;
- b) an schweren Begleiterkrankungen leidet;
- c) einer besonderen Behandlung oder Betreuung bedarf;
- d) unter besonderen sozialen Umständen lebt.

^{2bis} Besondere Umstände liegen aufgrund des Alters bei Patientinnen oder Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht oder das 75. Lebensjahr bereits vollendet haben, bei folgenden Untersuchungen und Behandlungen vor:¹⁴⁾

- a) Katarakt;

¹²⁾ Eingefügt am 17. April 2018, in Kraft seit 1. Juli 2018 (KB 28.04.2018)

¹³⁾ Fassung vom 22. Januar 2019, in Kraft seit 1. Januar 2019 (KB 26.01.2019)

¹⁴⁾ Eingefügt am 22. Januar 2019, in Kraft seit 1. Januar 2019 (KB 26.01.2019)

- b) Handchirurgie;
- c) Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus);
- d) Osteosynthesematerialentfernungen (OSME);
- e) Zirkumzision;
- f) Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL).

³ Das Spital dokumentiert die besonderen Umstände zuhnden des Gesundheitsdepartements. Dieses kann Ausnahmen von der Dokumentationspflicht vorsehen.

⁴ Das Gesundheitsdepartement kann jederzeit Einsicht in die Patientenunterlagen nehmen.

§ 5 *Betriebsvergleiche*

¹ Das Gesundheitsdepartement führt die vom Regierungsrat und vom Bundesrat angeordneten Betriebsvergleiche durch.

§ 6 *Statistiken*

¹ Das Gesundheitsdepartement koordiniert, in Abstimmung mit dem statistischen Amt, die Erstellung der Statistiken und die Erfassung der Daten durch die nach Bundesrecht zur Mitwirkung verpflichteten Personen und Organisationen. Es kann diese Aufgaben Dritten übertragen.

§ 7 *Ausserkantonale Hospitalisation*

¹ Das Gesundheitsdepartement regelt die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Hospitalisationen gemäss Art. 41 KVG nach Rücksprache mit den Kostenträgern.

§ 8¹⁵⁾ *Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der stationären Pflege*

¹ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der stationären Pflege beträgt 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.

§ 8a¹⁶⁾ *Kantonale Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen*

¹ a) Spital¹⁷⁾

Reduziert ein Krankenversicherer seine Leistungen pro Spitaltag in Anwendung von Art. 49 Abs. 4 KVG und bezieht die versicherte Person weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe, richtet der Kanton bis zum 360. Pfegetag an den Aufenthalt der versicherten Person in den Spitälern, welche auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, auf Gesuch hin Beiträge aus.

¹⁵⁾ § 8 samt Titel in der Fassung des RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

¹⁶⁾ § 8a eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

¹⁷⁾ Softwarebedingte, redaktionelle Einfügung von Gliederungsbuchstaben oder -ziffern.

² b) Pflegeheim

Bei Aufenthalt der versicherten Person, welche weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe bezieht, in einem Pflegeheim oder in einer Pflegeabteilung eines Spitals, welche auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt ist, richtet der Kanton bis zum 360. Pfelegetag auf Gesuch hin Beiträge aus.

³ c) Beitragshöhe

1. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den für die individuelle Prämienvverbilligung (IPV) geltenden Einkommensgruppen und entspricht der Differenz zwischen den vom Regierungsrat festgelegten oder in Verträgen zwischen dem Regierungsrat und den Leistungserbringern vereinbarten Spital- und Pflegeheimtaxen und der nachfolgend aufgeführten maximalen Eigenleistung der versicherten Person.¹⁸⁾

IPV-Einkommensgruppe	Max. Eigenleistungen Patient/-in Fr. pro Tag ¹⁹⁾
1	10
2	10
3	10
4	10
5	10
6	10
7	10
8	10
9	10
10	14
11	18
12	22
13	26
14	30
15	34
16	38
17	42
18	46
keine IPV-Anspruch	50

¹⁸⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

¹⁹⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

2. Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.
3. Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.
4. Keinen Anspruch auf Beiträge gemäss § 8 lit. a und b haben Personen mit einem steuerbaren Vermögen von mehr als Fr. 1'000'000.²⁰⁾
5. Das Gesundheitsdepartement kann die Beitragsgewährung über die genannten 360 Pflagegetage hinaus verlängern.
6. Der Kanton kann die Beiträge auch bei Aufenthalten der versicherten Person in ausserkantonalen Spitälern und Pflegeheimen ausrichten.

§ 8b²¹⁾ *Eigenbeitrag der versicherten Person an die Kosten der ambulanten Pflege*

¹ Der maximale Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG an die Kosten der ambulanten Pflege beträgt 10 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag. Der maximale Eigenbeitrag ist nur bei einer Leistungsdauer von einer Stunde anrechenbar; bei kürzerer Leistungsdauer verringert sich der anrechenbare Eigenbeitrag anteilmässig (pro rata temporis).

§ 8c²²⁾ *Kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege*

¹ Versicherten Personen, welche Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung haben und die weder eine Rente der AHV oder IV noch ein Taggeld der IV oder Sozialhilfe beziehen, richtet der Kanton auf Gesuch hin Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege aus. Die Höhe des Kantonsbeitrags entspricht dem maximalen Eigenbeitrag gemäss § 8b.

² Ein Anspruch auf Kantonsbeiträge entsteht erst ab einem Leistungsumfang von 20 Stunden ambulanter Pflege pro Kalenderjahr. Vorbehalten bleibt Abs. 6.

³ Das Gesundheitsdepartement kann den anrechenbaren Leistungsumfang beschränken.

⁴ Die Beiträge sind zu Leistungen Dritter subsidiär.

⁵ Der Eigenbeitrag gemäss § 8b. wird für Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren vom Kanton in der anfallenden Höhe übernommen.

⁶ Die Beiträge werden nur an Personen mit Wohnsitz im Kanton ausgerichtet.

²⁰⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

²¹⁾ § 8b in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

²²⁾ § 8c eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

§ 8d²³⁾ *Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG*

¹ a) Pflegeheime

1. Die kantonalen Pflegenormkosten ergeben sich aus der Multiplikation der Indexwerte pro Pflegestufe (§ 2 Anhang 1) mit dem Punktwert in Franken (§ 3 Anhang 1).

Für Nichtvertragsheime reduzieren sich die Normkosten um 10 Prozent.

Zusätzlich zum Wert gemäss Ziff. 1 erster Satz werden 35 Rappen pro Pflegestufe als Pflegenormkosten anerkannt.²⁴⁾

Pflegestufe	Pflegeaufwand in Minuten pro Tag	Pflegelkosten pro Tag in Fr.
²⁵⁾
1 ²⁶⁾
2 ²⁷⁾
3 ²⁸⁾
4 ²⁹⁾
5 ³⁰⁾
6 ³¹⁾
7 ³²⁾
8 ³³⁾
9 ³⁴⁾
10 ³⁵⁾
11 ³⁶⁾
12 ³⁷⁾

²³⁾ § 8d eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

²⁴⁾ Fassung vom 25. September 2018, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 29.09.2018)

²⁵⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

²⁶⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

²⁷⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

²⁸⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

²⁹⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³⁰⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³¹⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³²⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³³⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³⁴⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³⁵⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³⁶⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

³⁷⁾ Aufgehoben am 26. Mai 2015, wirksam seit 31. Mai 2015 (KB 30.05.2015)

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Pflegeheim direkt der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Das zuständige Departement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.³⁸⁾

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

4. Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG in der Version gemäss Anhang 1.

² b) Ambulante Pflege

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten.^{39) 40)}

Pflegekosten pro Stunde in Fr. ⁴¹⁾	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96	80
Behandlungspflege	90	80
Grundpflege	80	70

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Spiteanbieter direkt bei der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Diese kann Ausnahmen von der Pflicht zur elektronischen Abrechnung vorsehen. Das zuständige Departement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.⁴²⁾

³⁸⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

³⁹⁾ § 8d Abs. 2 lit. b + Ziff. 1 (ausser Titel der Tabelle) in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

⁴⁰⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

⁴¹⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

⁴²⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erkennt der Regierungsrat die dadurch entstehenden höheren Kosten an. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.⁴³⁾

§ 8e⁴⁴⁾ *Zuständigkeit für die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG)*

¹ Zuständig für die Ausrichtung der Restfinanzierung ist derjenige Kanton oder diejenige ausserkantonale Gemeinde, in welchem oder welcher die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

² Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim ist derjenige Kanton oder diejenige ausserkantonale Gemeinde zuständig, in welchem oder welcher die versicherte Person vor Eintritt ins Pflegeheim ihren letzten Wohnsitz hatte.

³ Die innerkantonale Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung, der Beiträge an die Spital- und Pflegeheimtaxen, der Beiträge an die Kosten der ambulanten Pflege und der Akut- und Übergangspflege wird in einem Vertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und den Gemeinden Bettingen und Riehen geregelt.⁴⁵⁾

§ 8f⁴⁶⁾ *Kantonale Beiträge an die Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen*

¹ Der Kanton kann Beiträge an die Kosten für ärztlich verordnete hauswirtschaftliche Leistungen entrichten. Die Höhe dieser Beiträge richtet sich nach den für die Individuelle Prämienverbilligung (IPV) geltenden Prämienverbilligungsstufen.

IV. Tarifschutz

§ 9 *Ausstand von Leistungserbringern*

¹ Lehnt es ein Leistungserbringer ab, die gesetzlichen Leistungen nach den vertraglich oder behördlich festgelegten Tarifen und Preisen zu erbringen, muss sie oder er dies schriftlich dem Gesundheitsdepartement melden. Dieses publiziert eine entsprechende Liste.

⁴³⁾ § 8d Abs. 2 Ziff. 3 in der Fassung des RRB vom 24. 1. 2012 (wirksam seit 1. 1. 2012, publiziert am 28. 1. 2012).

⁴⁴⁾ § 8e eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

⁴⁵⁾ § 8e Abs. 3; Bettingen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 7. 5. / 24. 4. 2012; Riehen: Vertrag über die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung vom 19. / 6. 3. 2012.

⁴⁶⁾ Eingefügt am 21. November 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 25.11.2017)

§ 10 *Sicherstellung der medizinischen Versorgung*

¹ Kommt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern kein Tarifvertrag zustande oder ist wegen des Ausstands von Leistungserbringern gemäss § 9 dieser Verordnung die Behandlung der Versicherten im Rahmen des KVG nicht gewährleistet, setzt der Regierungsrat nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

² Gemäss § 1 Abs. 2 lit. a dieser Verordnung obliegt die Vorbereitung der Tariffestsetzung zu Handen des Regierungsrates dem Gesundheitsdepartement. Dies gilt auch für die Vorbereitung der Festsetzung der Rahmentarife sowie der Genehmigungsbeschlüsse durch die Kantonsregierung gemäss KVG. Das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt berichtet gemäss § 1 Abs. 4 dieser Verordnung.

V. Zusammenarbeit Krankenversicherer,
Versicherungsobligatorium, Prämien- und Kostenausstände

§ 11 *Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern*

¹ Bei der Durchführung der Krankenversicherung gemäss KVG koordiniert der Kanton seine Aufgaben mit den zugelassenen Krankenversicherern.

² Er kann zu diesem Zweck eine vertragliche Vereinbarung mit den Krankenversicherern unter Berücksichtigung des massgeblichen Bundesrechts treffen. ⁴⁷⁾

³ ... ⁴⁸⁾

§ 11a ⁴⁹⁾ *Revision der Abrechnungen der Krankenversicherer nach Art. 64a KVG*

¹ Als Revisionsstelle gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG bestimmt der Kanton die Kontrollstelle der Krankenversicherer nach Art. 86 der Verordnung des Bundes über die Krankenversicherung (KVV).

² Die Revisionsstelle gemäss Abs. 1 bestätigt dem Kanton in ihrem jährlichen Bericht nach Art. 64a Abs. 3 KVG,

- a) dass der Versicherer über ein von der Revisionsstelle geprüftes betriebliches Inkassokonzept verfügt,
- b) dass bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen die Mahn- und Betreibungsvorschriften des Bundesrechts eingehalten werden,
- c) dass der Versicherer die Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel aktiv bewirtschaftet oder bewirtschaften lässt.

⁴⁷⁾ § 11 Abs. 2 in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁴⁸⁾ § 11 Abs. 3 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁴⁹⁾ § 11a eingefügt durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

³ Die Krankenversicherer haben dem Amt für Sozialbeiträge auf Verlangen uneingeschränkte Einsicht in die kasseninternen Betriebs- und Inkassoregelungen zu gewähren und das Amt jährlich über die Erträge aus der Verlustscheinbewirtschaftung, deren Verhältnis zum Prämienvolumen des Versicherers im Kanton sowie über den Bruttoaufwand der Verlustscheinkosten (vor der Verrechnung mit den Erträgen) zu informieren.

§ 11b⁵⁰⁾ *Einem Verlustschein gleichzusetzende Rechtstitel*

¹ Einem Verlustschein im Sinne von Art. 64a Abs. 3 KVG sind Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen oder gleichwertige Rechtstitel, die das Fehlen von finanziellen Mitteln der versicherten Person belegen, gleichgesetzt. Das Amt für Sozialbeiträge entscheidet über die Gleichwertigkeit von Rechtstiteln in den mit der Abrechnung der Krankenversicherer eingereichten Unterlagen.

§ 12⁵¹⁾ *Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG*

¹ Das Amt für Sozialbeiträge vollzieht das Versicherungsobligatorium gemäss KVG. Es

- a) informiert über die obligatorische Krankenversicherung gemäss KVG,
- b) überprüft regelmässig die Einhaltung der Versicherungspflicht gemäss KVG,
- c) entscheidet über Ausnahmen von der Versicherungspflicht und
- d) weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht gemäss Art. 3 KVG nicht rechtzeitig nachkommen, einem zugelassenen Krankenversicherer zu. Eine entsprechende Zuweisung erfolgt proportional zum Marktanteil (Versichertenbestand), welchen im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer gemäss Vorjahreszahlen ausweisen.

² Das Amt für Sozialbeiträge stellt, zusammen mit dem Einwohneramt, dem Zivilstandsamt und dem Amt für Wirtschaft und Arbeit sicher, dass die in Art. 3 und Art. 6a Abs. 1 KVG genannten Personen über die Versicherungspflicht informiert werden. Die genannten Behörden stellen ihm laufend die dazu erforderlichen Personendaten elektronisch zur Verfügung).

³ Zur Überprüfung der Einhaltung der Versicherungspflicht gemäss KVG aller Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt ist das Amt für Sozialbeiträge befugt, die erforderlichen Personendaten des Einwohneramtes elektronisch zu beziehen und mit den Versichertendaten der Krankenversicherer gemäss KVG abzugleichen.

§ 13⁵²⁾ *Versicherte Personen mit Leistungsaufschub*

⁵⁰⁾ § 11b eingefügt durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁵¹⁾ § 12 in der Fassung des RRB vom 29. 4. 2014 (wirksam seit 1. 7. 2014).

VI. Kantonale Beiträge an die Krankenversicherungsprämien

§ 14 *Informationspflicht der Krankenversicherer*

¹ Im Kanton Basel-Stadt tätige Krankenversicherer sind verpflichtet, bei ihnen versicherte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie bei ihnen versicherte Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG regelmässig über die Möglichkeit zur Beantragung von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien (Art. 65 ff. KVG) zu informieren.

1. Anspruchsentstehung und -berechnung

§ 15 *Anspruchsvoraussetzungen*

¹ Der Kanton entrichtet auf Antrag von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt sowie von Personen gemäss Art. 65a KVG, welche im Kanton Basel-Stadt versichert sind, Beiträge an deren Krankenversicherungsprämien, sofern die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 16 *Anspruchsentstehung bei Zuzug aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland sowie bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG*

¹ Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus einem anderen Kanton, richtet sich ein allfälliger Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bis zum Ende des entsprechenden Kalenderjahres nach dem Recht des Kantons, in dem die versicherte Person am 1. Januar Wohnsitz hatte.

² Bei Zuzug in den Kanton Basel-Stadt aus dem Ausland entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat der Versicherungsdeckung gemäss KVG, sofern der Beitritt zu einem gemäss KVG zugelassenen Krankenversicherer und die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innert 3 Monaten seit dem Zuzug erfolgte.

³ Bei Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG entsteht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ab dem Monat des Versicherungsbeginns gemäss KVG, sofern die Anmeldung zum Bezug von Beiträgen an die Krankenversicherungsprämien innerhalb von 3 Monaten seit Versicherungsbeginn erfolgte.

⁵²⁾ § 13 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012). Abschn. II dieses RRB enthält folgende Übergangsbestimmung: Die Übernahme von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie von Verzugszinsen und Beteiligungskosten, welche bis zum 31. Dezember 2011 fällig geworden sind und zu einem Leistungsaufschub führten, richtet sich nach bisherigem Recht.

§ 17 *Anspruchsprüfung*

¹ Sind die zur Anspruchsprüfung eingereichten Unterlagen unvollständig, fordert das Amt für Sozialbeiträge die fehlenden Unterlagen nach. Die fehlenden Unterlagen sind innerhalb von zwei Monaten ab Zugang des Nachforderungsschreibens einzureichen. Bleibt diese Frist ungenutzt, ist ein neuer Antrag zu stellen.

² Zur Prüfung der Anspruchsberechtigung kann das Amt für Sozialbeiträge Vorladungen aussprechen sowie schriftliche Auskunftserteilungen und/oder die Einsendung von bestimmten Unterlagen verlangen. Arbeitgebende von Arbeitnehmenden, die einen Antrag auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien gestellt haben, haben auf Aufforderung des Amtes für Sozialbeiträge, Lohnbescheinigungen auszustellen und diesem zuzusenden.

§ 18 *Grundlage für die Anspruchsermittlung und -berechnung*

¹ Grundlage für die Ermittlung und Berechnung eines Anspruchs auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien bilden das Harmonisierungsgesetz Sozialleistungen (SoHaG) vom 25. Juni 2008 sowie die Verordnung über die Harmonisierung und Koordination von bedarfsabhängigen Sozialleistungen (SoHaV) vom 25. November 2008.

² Bei versicherten Personen, die Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, richtet sich der Anspruch auf Prämienbeiträge abweichend von Abs. 1 nach dem ELG, wobei für jede Person, die in der Berechnung der Ergänzungsleistung einbezogen ist, mindestens der Beitrag der Prämiengruppe 01 gemäss § 22 Abs. 2 Tabellen 2 und 3 dieser Verordnung ausgerichtet wird.⁵³⁾

§ 19 *Kaufkraftbereinigung des anrechenbaren Einkommens von Personen mit Wohnsitz in der Europäischen Union, Island oder Norwegen*

¹ Das anrechenbare Einkommen gemäss § 7 SoHaG von in Art. 65a lit. a bis c KVG genannten Personen wird entsprechend dem Kaufkraftindex des jeweiligen Wohnsitzstaates umgerechnet. Diese Regelung findet keine Anwendung auf ein allfällig anzurechnendes hypothetisches Erwerbseinkommen (§§ 19 ff. SoHaV).

² Der in Abs. 1 genannte Kaufkraftindex bestimmt sich nach der Verordnung des EDI über die Preisniveauidizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007.

³ Das kaufkraftbereinigte anrechenbare Einkommen gemäss Abs. 1 und 2 wird gemäss den von der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 bekannt gegebenen Währungsumrechnungskursen in Schweizer Franken umgerechnet.

⁵³⁾ § 18 Abs. 2 eingefügt durch RRB vom 23. 11. 2010 (wirksam seit 1. 1. 2011).

§ 20 *Rechtsmittel gegen Gebühr wegen Meldepflichtverletzung*
(§ 39 SoHaV)

¹ Werden im Fall der Erhebung einer Gebühr wegen Meldepflichtverletzung sowohl die Gebühr als auch die Rückforderung bestritten, ist innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung bei der verfügbaren Stelle Einsprache zu erheben.

² Wird ausschliesslich die Gebühr beanstandet, ist innerhalb von 10 Tagen nach Eröffnung der Verfügung Rekurs beim Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt anzumelden. Die Rekursbegründung ist innerhalb von 30 Tagen, vom gleichen Zeitpunkt an gerechnet, nachzureichen. Sie muss die Anträge der rekurrierenden Person sowie eine Begründung mit Angabe der Beweismittel 2 enthalten.

2. Massgebende Prämien / Leistungsgrenzen

§ 21 *Massgebende Prämien*

¹ Bei der Festsetzung der Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien für die drei von Art. 61 Abs. 3 KVG vorgesehenen Personenkategorien «Erwachsene», «junge Erwachsene» und «Kinder» orientiert sich der Regierungsrat an der Höhe der jeweiligen Prämien für die Krankenversicherung unter Einbezug der Prämien für besondere Versicherungsformen gemäss Art. 62 KVG sowie unter Einbezug von weiteren zulässigen Prämienreduktionen.

² Für die Umsetzung von Art. 65 Abs. 1bis KVG orientiert sich der Regierungsrat an einer Richtprämie. Diese liegt für die jeweilige Personenkategorie gemäss Abs. 1 bei 90 Prozent der erwarteten kantonalen Durchschnittsprämie.

³ Für die Umsetzung von Art. 65a KVG orientiert sich der Regierungsrat an den in den entsprechenden Staaten geltenden Durchschnittsprämien, welche sich aus der Verordnung des EDI über die Preisniveauintizes und die Minimalprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Gemeinschaft, in Island und in Norwegen vom 22. November 2007 ergeben. Liegen diese Durchschnittsprämien nicht mehr als 10 Prozent unter der Durchschnittsprämie des Kantons Basel-Stadt, gelten für Personen gemäss Art. 65a lit. a bis c KVG die selben Bestimmungen wie für Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt. Bei Abweichungen von mehr als 10 Prozent kann der Regierungsrat angemessene Abstufungen vornehmen.

§ 22 *Leistungsgrenzen und Prämienbeiträge*

¹ Beiträge an die Krankenversicherungsprämien werden nur gewährt, wenn das massgebliche Einkommen der Haushaltseinheit gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG die gemäss § 11 Abs. 2 SoHaV berechnete Leistungsgrenze nicht übersteigt. Bis zu einer Haushaltseinheit von acht Personen können die Leistungsgrenzen der unten stehenden Tabelle T 1⁵⁴⁾ entnommen werden. Für Haushaltseinheiten von neun und mehr Personen erhöhen sich die Leistungsgrenzen, ausgehend von der Leistungsgrenze der jeweils vorangehenden Haushaltseinheit, gemäss dem Berechnungsmodus von § 11 Abs. 2 SoHaV, um Fr. 4'000 pro Person.⁵⁵⁾

² Die Prämiengruppe sowie die Höhe der jeweiligen Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ergeben sich, ausgehend vom jeweils massgeblichen Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG und unter Anwendung von § 21 dieser Verordnung, aus den unten stehenden Tabellen T 2 und T 3⁵⁶⁾. Die maximale Höhe der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien entspricht höchstens der im konkreten Fall tatsächlich geschuldeten Prämie für die obligatorische Krankenversicherung.

3. Finanzierung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien / Subrogation

§ 23 *Finanzierung durch Bund und Kanton*

¹ Die aufgrund der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien anfallenden Kosten werden einerseits durch den Bund (Art. 66 KVG) und andererseits durch den Kanton getragen.

² Es obliegt dem Amt für Sozialbeiträge, die Bundesgelder geltend zu machen.

§ 24 *Subrogation*

¹ Soweit im Rahmen des Sozialhilfegesetzes vom 29. Juni 2000 Prämien der Krankenversicherung bezahlt werden, geht der Anspruch auf Beiträge an die Krankenversicherungsprämien auf die sozialhilfeleistenden Behörden über.

⁵⁴⁾ § 22 Abs. 1: Die Tabelle findet sich aus technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 1).

⁵⁵⁾ Fassung vom 15. August 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018 (KB 19.08.2017)

⁵⁶⁾ § 22 Abs. 2: Die Tabellen finden sich auch technischen Gründen am Schluss dieser Verordnung (Anhang zu § 22 Abs. 2).

4. Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien ⁵⁷⁾

§ 25 *Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien*

¹ Die Auszahlung der Beiträge an die Krankenversicherungsprämien erfolgt an die Krankenversicherer.

² ... ⁵⁸⁾

§ 26 *Meldung an die Krankenversicherer / Information der versicherten Personen*

¹ Das Amt für Sozialbeiträge meldet den Krankenversicherern regelmässig, gemäss einheitlichem Datenaustausch nach Bundesrecht, welche ihrer Versicherten Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge des Kantons Basel-Stadt haben, und informiert sie gleichzeitig über die Höhe desselben. ⁵⁹⁾

² Im Anschluss orientieren die Krankenversicherer die bei ihnen versicherten anspruchsberechtigten Personen über den gemäss Abs. 1 gemeldeten Anspruch und reduzieren die Krankenversicherungsprämien entsprechend.

³ Das Amt für Sozialbeiträge meldet einem im Kanton Basel-Stadt tätigen Krankenversicherer auf Anfrage den gesamten Verfügungsbestand der bei diesem Krankenversicherer nach KVG versicherten Personen für den Abgleich der Datenbestände. ⁶⁰⁾

§ 26a ⁶¹⁾ *Meldungen der Krankenversicherer*

¹ Die im Kanton Basel-Stadt tätigen Krankenversicherer erteilen dem Amt für Sozialbeiträge auf Anfrage Auskunft über das Versicherungsverhältnis nach KVG einzelner Personen zwecks Kontrolle der Krankenversicherungsbeiträge und Nachweis des Versicherungsverhältnisses.

² Einmal jährlich, jeweils per 31. März melden die Krankenversicherer dem Amt für Sozialbeiträge auf Anfrage die Personendaten nach Art. 105g KVV aller ihrer im Kanton Basel-Stadt versicherten Personen. Die Meldungen dienen dem Abgleich der Datenbestände und der Überprüfung der Einhaltung der Versicherungspflicht.

³ Die Meldungen gemäss Abs. 1 und Abs. 2 erfolgen mittels einheitlichem Datenaustausch gemäss Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI).

⁵⁷⁾ Titel 4. in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁵⁸⁾ § 25 Abs. 2 aufgehoben durch RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁵⁹⁾ § 26 Abs. 1 in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2011 (wirksam seit 1. 1. 2012).

⁶⁰⁾ § 26 Abs. 3 beigefügt durch RRB vom 29. 4. 2014 (wirksam seit 1. 7. 2014).

⁶¹⁾ § 26a in der Fassung des RRB vom 29. 4. 2014 (wirksam seit 1. 7. 2014).

§ 27 *Auszahlungsmodus*

¹ Im jeweils laufenden Kalenderjahr leistet das Amt für Sozialbeiträge an Krankenversicherer mit Versicherten, die Anspruch auf Beiträge an ihre Krankenversicherungsprämien haben, bis Ende Juni für das laufende Kalenderjahr eine Akontozahlung. Die Höhe dieser Akontozahlung bestimmt sich nach einer Hochrechnung gestützt auf die Zahlen des laufenden Jahres.

² Nach Ablauf des Kalenderjahres stellen Krankenversicherer gemäss Abs. 1 dem Amt für Sozialbeiträge die Differenz zwischen der reduzierten Krankenversicherungsprämie und der für die obligatorische Krankenversicherung tatsächlich geschuldeten Prämie von bei ihnen versicherten Personen mit Anspruch auf Krankenversicherungsbeiträge unter Abzug der nach Abs. 1 geleisteten Akontozahlung in Rechnung. Sie stellen dem Amt für Sozialbeiträge dabei alle zur Überprüfung des geltend gemachten Betrags notwendigen Daten und Unterlagen zur Verfügung.

³ Das Amt für Sozialbeiträge bezahlt den nach entsprechender Überprüfung allfällig verbleibenden Betrag nach Abs. 2 bis Ende Juni des Folgejahres an die berechtigten Krankenversicherer aus.

⁴ Das Amt für Sozialbeiträge kann die Ablehnung oder Einstellung von entsprechenden Beiträgen verfügen, wenn die betroffenen Krankenversicherer bei der Feststellung und Überprüfung des Beitragsanspruchs ungenügend mitwirken.

⁵ Ungerechtfertigt ausbezahlte Beiträge können vom Amt für Sozialbeiträge jederzeit zurückgefordert werden.

VII. Vollzug

§ 28

¹ Das Gesundheitsdepartement und das Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt (Amt für Sozialbeiträge) werden mit dem Vollzug beauftragt.

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 29 *Aufhebung bisherigen Rechts*

¹ Die Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 7. November 1995 wird aufgehoben.

§ 30 *Änderung bisherigen Rechts*

¹ Die Verordnung zum Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegerverordnung) vom 30. Oktober 2001 ⁶²⁾ wird wie folgt geändert: ⁶³⁾

§ 31 *Wirksamkeit*

¹ Diese Verordnung ist zu publizieren. Sie wird auf den 1. Januar 2009 wirksam.

⁶²⁾ SG 328.210.

⁶³⁾ Die Änderungen werden hier nicht abgedruckt.

Anhang 1¹⁾**§ 1. Bedarfsabklärungsinstrument**

Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG mit dem RUG Modell der Version CH-Index 2016.

§ 2. CH-Index 2016

Pflegestufe	CH-Index 2016
1	0.087
2	0.262
3	0.436
4	0.611
5	0.786
6	0.960
7	1.135
8	1.309
9	1.484
10	1.659
11	1.833
12	2.008

§ 3. RAI-Punktwert

Gültig ab	Fr.
1.1.2017	115.40
1.1.2018	116.85
1.1.2019	118.30
1.1.2020	119.75
1.1.2021	121.20

¹⁾Anhang 1 in der Fassung des RRB vom 20. 12. 2016 (wirksam seit 1. 1. 2017).

§ 4. RUG-Zuordnung gemäss CH-Index 2016

Pflegestufe gemäss Art. 7a, Abs. 3 KLV	Pflegeaufwand in Minuten pro Tag	Zuteilung der RUG
1	bis 20	PA0
2	21-40	PA1
3	41-60	BA1, PA2
4	61-80	IA1, BA2
5	81-100	PB1, PB2, CA1
6	101-120	BB1, BB2, IA2, IB1, PC1, PC2
7	121-140	CA2, IB2, PD1, SE1
8	141-160	CB1, PD2, RLA, RMA
9	161-180	CB2, CC1, PE1, RMB, SSA
10	181-200	PE2, RLB
11	201-220	CC2, SSB, SE2
12	ab 221	RMC, SE3, SSC

Anhang zu § 22 Abs. 2¹⁾

T 1								T 2	T 3		
Leistungsgrenzen - massgebliches Einkommen gemäss § 6 Abs. 2 lit. d SoHaG in CHF (pro Jahr)								Gruppe	Beiträge an die Krankenversicherungsprämien in CHF (pro Monat)		
1 PH	2 PH	3 PH	4 PH	5 PH	6 PH	7 PH	8 PH		Kinder	Junge Erwachsene	Erwachsene
23'125	37'000	47'000	55'000	61'000	65'000	69'000	73'000	01	132	309	385
24'375	39'000	49'000	57'000	63'000	67'000	71'000	75'000	02	124	289	361
25'625	41'000	51'000	59'000	65'000	69'000	73'000	77'000	03	116	271	334
26'875	43'000	53'000	61'000	67'000	71'000	75'000	79'000	04	108	252	306
28'125	45'000	55'000	63'000	69'000	73'000	77'000	81'000	05	100	233	282
29'375	47'000	57'000	65'000	71'000	75'000	79'000	83'000	06	96	215 ^a	258
30'625	49'000	59'000	67'000	73'000	77'000	81'000	85'000	07	89	215 ^a	231
31'875	51'000	61'000	69'000	75'000	79'000	83'000	87'000	08	82	215 ^a	206
33'125	53'000	63'000	71'000	77'000	81'000	85'000	89'000	09	76	215 ^a	181
34'375	55'000	65'000	73'000	79'000	83'000	87'000	91'000	10	70	215 ^a	156
35'625	57'000	67'000	75'000	81'000	85'000	89'000	93'000	11	67	215 ^a	130
36'875	59'000	69'000	77'000	83'000	87'000	91'000	95'000	12	66 ^a	215 ^a	103
38'125	61'000	71'000	79'000	85'000	89'000	93'000	97'000	13	66 ^a	215 ^a	79
39'375	63'000	73'000	81'000	87'000	91'000	95'000	99'000	14	66 ^a	215 ^a	54
40'625	65'000	75'000	83'000	89'000	93'000	97'000	101'000	15	66 ^a	215 ^a	27
41'875	67'000	77'000	85'000	91'000	95'000	99'000	103'000	16	66 ^a	215 ^a	26
43'125	69'000	79'000	87'000	93'000	97'000	101'000	105'000	17	66 ^a	215 ^a	25
44'375	71'000	81'000	89'000	95'000	99'000	103'000	107'000	18	66 ^a	215 ^a	24
45'625	73'000	83'000	91'000	97'000	101'000	105'000	109'000	19			
46'875	75'000	85'000	93'000	99'000	103'000	107'000	111'000	20			
48'125	77'000	87'000	95'000	101'000	105'000	109'000	113'000	21			
49'375	79'000	89'000	97'000	103'000	107'000	111'000	115'000	22			

PH = Personenhaushalt

^a Beitragshöhe entspricht der Hälfte von 90% der erwarteten Durchschnittsprämie der jeweiligen Personenkategorie gemäss Art. 21 Abs. 1 dieser Verordnung.¹⁾ Anhang in der Fassung des RRB vom 16. 10. 2018 (in Kraft seit 1. 1. 2019).

Anhang 3¹⁾**Liste ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen**

Gültig ab 1. Januar 2019

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
1	Augen	
1.1	Katarakt	
Z13.1		Intrakapsuläre Extradktion der Linse
Z13.11		Intrakapsuläre Extradktion der Linse durch inferioren temporalen Zugang
Z13.19		Intrakapsuläre Extradktion der Linse, sonstige
Z13.2		Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch lineares Extradktionsverfahren
Z13.3		Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch einfaches Aspirations- (und Irrigations-) Verfahren
Z13.4		Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch Fragmentations- und Aspirationsverfahren
Z13.41		Phakoemulsifikation und Aspiration eines Katarakts
Z13.42		Mechanische Phakofragmentation und Aspiration eines Katarakts durch posterioren Zugang
Z13.43		Mechanische Phakofragmentation und andere Aspiration eines Katarakts
Z13.5		Sonstige ekstrakapsuläre Extradktion der Linse
Z13.51		Extrakapsuläre Extradktion der Linse durch inferioren temporalen Zugang
Z13.59		Sonstige ekstrakapsuläre Extradktion der Linse, sonstige
Z13.6		Sonstige Kataraktextraktion
Z13.64		Diszision einer Sekundärmembran [nach Katarakt]

¹⁾ Anhang 3 in der Fassung des RRB vom 22. 1. 2019 (in Kraft seit 1. 1. 2019).

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z13.65		Exzision einer Sekundärmembran [nach Katarakt]
Z13.66		Mechanische Fragmentation einer Sekundärmembran [nach Katarakt]
Z13.69		Sonstige Kataraktextraktion, sonstige

2. Bewegungsapparat

2.1 Handchirurgie

Z04.43		Entlastung am Karpaltunnel
Z04.43.0		Detail der Subkategorie 04.43
Z04.43.00		Entlastung am Karpaltunnel, nicht näher bezeichnet
Z04.43.10		Entlastung am Karpaltunnel, endoskopisch
Z04.43.99		Entlastung am Karpaltunnel, sonstige
Z04.49		Sonstige Dekompression oder Lösung von Adhäsionen an peripherem Nerv oder Ganglion
Z04.49.0		Detail der Subkategorie 04.49
Z04.49.13		Sonstige Dekompression oder Lösung von Adhäsionen an Nerven der Hand
Z80.23		Arthroskopie des Handgelenks
Z80.23.0		Detail der Subkategorie 80.23
Z80.23.10		Diagnostische Arthroskopie des Handgelenkes
Z80.23.99		Arthroskopie des Handgelenks, sonstige
Z80.24		Arthroskopie von Hand und Finger
Z80.34		Gelenkbiopsie an Hand und Finger
Z80.34.0		Detail der Subkategorie 80.34

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z80.34.00		Gelenkbiopsie an Hand und Finger, nicht näher bezeichnet
Z80.34.10		Perkutane (Nadel-) Biopsie an Hand und Finger
Z80.34.20		Arthroskopische Gelenkbiopsie an Hand und Finger
Z80.34.99		Gelenkbiopsie an Hand und Finger, sonstige
Z80.44		Durchtrennung von Gelenkkapsel, Ligament oder Knorpel an Hand und Finger
Z80.44.0		Detail der Subkategorie 80.44
Z80.44.99		Durchtrennung von Gelenkkapsel, Ligament oder Knorpel an Hand und Fingern, sonstige
Z80.74		Synovektomie an Hand und Finger
Z80.74.0		Detail der Subkategorie 80.74
Z80.74.00		Synovektomie an Hand und Finger, nicht näher bezeichnet
Z80.74.10		Synovektomie an Hand und Finger
Z80.74.99		Synovektomie an Hand und Finger, sonstige
Z80.83		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Handgelenk
Z80.83.0		Detail der Subkategorie 80.83
Z80.83.00		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Handgelenk, nicht näher bezeichnet
Z80.83.10		Arthroskopische lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Handgelenk
Z80.83.11		Débridement am Handgelenk
Z80.83.12		Zystenexstirpation am Handgelenk
Z80.83.99		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Handgelenk, sonstige
Z80.84		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Handgelenk

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z80.84.0		Detail der Subkategorie 80.83
Z80.84.00		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion an Hand und Finger, nicht näher bezeichnet
Z80.84.10		Débridement an Gelenken der Handwurzel
Z80.84.20		Débridement an sonstigen Gelenken der Hand und Finger
Z80.84.99		Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion an Hand und Finger, sonstige
Z80.93		Sonstige Exzision am Handgelenk
Z80.93.0		Detail der Subkategorie 80.93
Z80.93.00		Sonstige Exzision am Handgelenk, nicht näher bezeichnet
Z80.93.10		Arthroskopische Exzision am Handgelenk
Z80.93.11		Entnahme eines Knorpeltransplantates am Handgelenk
Z80.93.12		Resektion des Discus triangularis am Handgelenk
Z80.93.99		Sonstige Exzision am Handgelenk, sonstige
Z80.94		Sonstige Exzision an Hand- und Fingergelenk
Z82.2		Exzision einer Läsion an Muskel, Sehne und Faszie der Hand
Z82.21		Exzision einer Läsion an einer Sehnenscheide der Hand
Z86.2A		Chirurgisches Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung durch Exzision von erkranktem Gewebe in lokaler Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie
Z86.2A.1		Chirurgisches Débridement, kleinflächig
Z86.2A.16		Chirurgisches Débridement, kleinflächig, an der Hand
Z86.2B		Débridement von Wunde, Infektion oder Verbrennung, ohne Exzision, ohne lokale Infiltrationsanästhesie, Regional- oder Allgemeinanästhesie

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
	Z86.2B.1	Débridement, kleinflächig
	Z86.2B.16	Débridement, kleinflächig, an der Hand
	Z86.2B.2	Débridement, grossflächig
	Z86.2B.26	Débridement, grossflächig, an der Hand
2.2	Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus)	
	Z77.5	Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus, Hallux rigidus und anderen Deformitäten der Zehen
	Z77.54	Resektion oder Korrekturosteotomie bei Digitus quintus varus
	Z77.56	Plastische Rekonstruktion bei Hammerzehe
	Z77.89	Sonstige partielle Knochenresektion an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen
	Z77.89.0	Detail der Subkategorie 77.89
	Z77.89.40	Sonstige partielle Knochenresektion an Phalangen des Fusses
	Z77.99	Totale Knochenresektionen an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen
	Z77.99.0	Detail der Subkategorie 77.99
	Z77.99.40	Totale Knochenresektionen an Phalangen des Fusses
2.3	Osteosynthesematerialentfernungen	
	Z78.6	Knochenimplantatentfernung
	Z78.60	Knochenimplantatentfernung, ohne Angabe der Lokalisation
	Z78.60.08	Entfernung eines internen Verlängerungs- oder Knochentransportsystems (motorisiert / nicht-motorisiert), jede Lokalisation
	Z78.60.99	Knochenimplantatentfernung, ohne Angabe der Lokalisation, sonstige
	Z78.61	Knochenimplantatentfernung an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z78.61.00		Knochenimplantatentfernung an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum, nicht näher bezeichnet
Z78.61.01		Knochenimplantatentfernung an Skapula und Klavikula, Draht, intramedullärer Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, Platte, winkelstabile Platte, Fixateur externe, Blount-Klammern
Z78.61.05		Knochenimplantatentfernung an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum
Z78.61.08		Knochenimplantatentfernung an Skapula und Klavikula, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.61.11		Knochenimplantatentfernung an Rippen und Sternum
Z78.61.99		Knochenimplantatentfernung an Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum, sonstige
Z78.63		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna
Z78.63.00		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna, nicht näher bezeichnet
Z78.63.01		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Winkelplatte/Kondylenplatte, Marknagel, Verriegelungsnagel, Transfixationsnagel, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-) Klammern
Z78.63.05		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Radius und Ulna
Z78.63.08		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna (proximal / Schaft / distal), sonstiges
Z78.63.99		Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna, sonstige
Z78.64		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia
Z78.64.00		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia, nicht näher bezeichnet
Z78.64.01		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-)Klammern
Z78.64.05		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Karpalia und Metakarpalia

Ziffer	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z78.64.08		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.64.99		Knochenimplantatentfernung an Karpalia und Metakarpalia, sonstige
Z78.66		Knochenimplantatentfernung an der Patella
Z78.66.00		Knochenimplantatentfernung an der Patella, nicht näher bezeichnet
Z78.66.01		Knochenimplantatentfernung an der Patella, (intra-medullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/ Cerclage, Fixateur externe, (Blount-) Klammern
Z78.66.08		Knochenimplantatentfernung an der Patella, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.66.99		Knochenimplantatentfernung an der Patella, sonstige
Z78.67		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula
Z78.67.00		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, nicht näher bezeichnet
Z78.67.01		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, (intra-medullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/ Cerclage, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-) Klammern
Z78.67.05		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Tibia und Fibula
Z78.67.13		Knochenimplantatentfernung an der Tibia, dynamische Kompressionsschraube
Z78.67.21		Knochenimplantatentfernung an der Fibula, (winkelstabile) Platte
Z78.67.22		Knochenimplantatentfernung an der Fibula, Marknagel, Verriegelungsnagel, Transfixationsnagel
Z78.67.28		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.67.99		Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, sonstige
Z78.68		Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia
Z78.68.00		Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia, nicht näher bezeichnet

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z78.68.01	Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-)Klammern
Z78.68.06	Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an sonstigen Tarsalia und Metatarsalia
Z78.68.08	Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.68.99	Knochenimplantatentfernung an Tarsalia und Metatarsalia, sonstige
Z78.69	Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen
Z78.69.00	Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, nicht näher bezeichnet
Z78.69.11	Knochenimplantatentfernung an Phalangen der Hand, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Fixateur externe, (Blount-)Klammern
Z78.69.15	Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Phalangen der Hand
Z78.69.18	Knochenimplantatentfernung an Phalangen der Hand, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.69.31	Knochenimplantatentfernung an Talus und Kalkaneus, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-)Klammern
Z78.69.38	Knochenimplantatentfernung an Talus und Kalkaneus, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.69.41	Knochenimplantatentfernung an Phalangen des Fusses, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, (winkelstabile) Platte, Fixateur externe, (Blount-)Klammern
Z78.69.45	Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, ausser Gesichtsschädelknochen, Entfernung eines Knochen(teil)ersatzes an Phalangen des Fusses
Z78.69.48	Knochenimplantatentfernung an Phalangen des Fusses, sonstiges Osteosynthesematerial
Z78.69.51	Knochenimplantatentfernung an anderen näher bezeichneten Knochen, Draht, Zuggurtung/Cerclage, Blount-Klammern

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z78.69.71	Arthroskopische Entfernung von Osteosynthesematerial

2.4 Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus

Z80.26	Arthroskopie des Knies
Z80.26.0	Detail der Subkategorie 80.26
Z80.26.00	Arthroskopie des Knies, nicht näher bezeichnet
Z80.26.10	Diagnostische Arthroskopie des Knies
Z80.26.99	Arthroskopie des Knies, sonstige
Z80.6	Menishektomie am Knie
Z80.6X	Menishektomie am Knie
Z80.6X.0	Detail der Subkategorie 80.6X
Z80.6X.00	Menishektomie am Knie, nicht näher bezeichnet
Z80.6X.10	Menishektomie am Knie, arthroskopisch, partiell
Z80.6X.11	Menishektomie am Knie, arthroskopisch, total
Z80.6X.99	Menishektomie am Knie, sonstige
Z80.86	Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkläsion am Knie
Z80.86.0	Detail der Subkategorie 80.86
Z80.86.11	Débridement am Kniegelenk
Z80.86.13	Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
3.	Gefäße
3.1	Varizen der unteren Extremität
Z38.5	Ligatur und Stripping von Varizen
Z38.50	Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation nicht näher bezeichnet
Z38.59	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität
Z38.59.0	Detail der Subkategorie 38.59
Z38.59.00	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet
Z38.59.10	Ligatur, Exzision und Stripping von Varizen und Vv. perforantes der unteren Extremität (als selbstständiger Eingriff)
Z38.59.20 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	Crossektomie und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet
Z38.59.21 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	Crossektomie und Stripping, V. saphena magna
Z38.59.22 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	Crossektomie und Stripping, V. saphena parva
Z38.59.23 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	Crossektomie und Stripping, Vv. saphenae magna et parva
Z38.59.30 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	(Isolierte) Crossektomie, nicht näher bezeichnet
Z38.59.31 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna
Z38.59.32 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva
Z38.59.33 exkl. beidseitiger Eingriff ²⁾	(Isolierte) Crossektomie, Vv. saphena magna et parva
Z38.59.40	Lokale Lasertherapie von Varizen
Z38.59.50	Endoluminale Therapie von Varizen

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z38.59.51	Endovenöse Lasertherapie von Varizen [EVLV]
Z38.59.52	Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen
Z38.59.59	Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige
Z38.59.99	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige
Z38.6	Sonstige Exzision von Gefäßen
Z38.69	Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität

4. Chirurgie

4.1 Hämorrhoiden

Z49.4	Eingriffe an Hämorrhoiden
Z49.41	Reposition von Hämorrhoiden
Z49.42	Injektion in Hämorrhoiden
Z49.43	Kauterisierung von Hämorrhoiden
Z49.44	Destruktion von Hämorrhoiden durch Kryotherapie
Z49.45	Ligatur von Hämorrhoiden
Z49.46	Exzision von Hämorrhoiden
Z49.46.0	Detail der Subkategorie 49.46
Z49.46.00	Exzision von Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
Z49.46.10	Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie
Z49.46.11	Exzision von Hämorrhoiden, Ligatur einer A. haemorrhoidalis
Z49.46.12	Exzision von Hämorrhoiden mit plastischer Rekonstruktion

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z49.46.99	Exzision von Hämorrhoiden, sonstige
Z49.47	Evakuierung thrombosierter Hämorrhoiden
Z49.49	Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden
Z49.49.0	Detail der Subkategorie 49.49
Z49.49.00	Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
Z49.49.10	Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Sklerosierung
Z49.49.11	Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, Gummibandligatur
Z49.49.99	Sonstige Massnahmen an Hämorrhoiden, sonstige

4.2 **Inguinalhernien exkl. beidseitiger Eingriff und exkl. Eingriffe bei Rezidivhernien**

Z53	Hernienoperationen
Z53.0	Operation einer Inguinalhernie
Z53.00	Operation einer Inguinalhernie, nicht näher bezeichnet
Z53.06	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch
Z53.06.0	Detail der Subkategorie 53.06
Z53.06.11	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
Z53.06.21	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen
Z53.07	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch
Z53.07.0	Detail der Subkategorie 53.07
Z53.07.11	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
Z53.07.21	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen

	Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
	Z53.09	Operation einer Inguinalhernie, sonstige
4.3	Zirkumzision	
	Z64	Operationen am Penis
	Z64.0	Zirkumzision
5.	Gynäkologie	
5.1	Eingriffe an der Zervix	
	Z67	Operationen an der Cervix uteri
	Z67.0	Dilatation des Zervixkanals
	Z67.1	Diagnostische Massnahmen an der Zervix
	Z67.11	Endozervikale Biopsie
	Z67.12	Sonstige zervikale Biopsie
	Z67.19	Diagnostische Massnahmen an der Zervix, sonstige
	Z67.2	Konisation der Zervix
	Z67.3	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix
	Z67.31	Marsupialisation einer Zervixzyste
	Z67.32	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kaute- risation
	Z67.33	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryo- chirurgie
	Z67.34	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Elektrokoagulation
	Z67.35	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Laserkoagulation
	Z67.39	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix, sonstige

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
5.2	Eingriffe am Uterus
Z68.1	Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat
Z68.11	Digitale Untersuchung des Uterus
Z68.12	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat
Z68.12.0	Detail der Subkategorie 68.12
Z68.12.00	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, nicht näher bezeichnet
Z68.12.10	Hysteroskopie, nicht näher bezeichnet
Z68.12.11	Diagnostische Hysteroskopie
Z68.12.12	Diagnostische Hysterosalpingoskopie
Z68.12.19	Hysteroskopie, sonstige
Z68.12.99	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige
Z68.15	Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten
Z68.16	Geschlossene Biopsie am Uterus
Z68.23 exkl. chirurgi- sche Endomet- riumdestruktion	Endometrium-Abtragung
Z69	Sonstige Operationen an Uterus und uterinem Halteapparat
Z69.0	Dilatation und Curettage am Uterus
Z69.01	Dilatation und Curettage zur Beendigung einer Schwangerschaft
Z69.02 exklusive nach Geburt	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort
Z69.09	Dilatation und Curettage am Uterus, sonstige

Kategorie/ CHOP 2019	Bezeichnung
Z69.5	Aspirationscurettage am Uterus
Z69.51	Aspirationscurettage am Uterus zur Beendigung einer Schwangerschaft
Z69.52 exklusive nach Geburt	Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort
Z69.59	Aspirationscurettage am Uterus, sonstige
6.	Urologie
6.1	Extrakorporelle Stosswellenlithotripsie (ESWL)
Z98.5	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie [ESWL]
Z98.51	Extrakorporelle Stosswellen-Lithotripsie [ESWL] von Niere, Ureter und/oder Blase
7.	HNO
7.1	Tonsillotomie und Adenoidektomie
Z28.2	Tonsillektomie ohne Adenoidektomie
Z28.2X	Tonsillektomie ohne Adenoidektomie
Z28.2X.0	Detail der Subkategorie 28.2X
Z28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie
Z28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

Erläuterungen

Die grau unterlegten CHOP-Codes sind Titel und dürfen nicht kodiert werden.

Fussnoten

²⁾ Kodierung mit ICD-Code für Seitigkeit.