

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹ (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 24. Dezember 2002)

Das Eidgenössische Departement des Innern,

gestützt auf die Artikel 33, 38 Absatz 2, 44 Absatz 1 Buchstabe a, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 71 Absatz 4, 75 sowie 77 Absatz 4 der Verordnung vom 27. Juni 1995² über die Krankenversicherung (KVV),³

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen⁴

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1

Der Anhang 1 bezeichnet diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungskommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung):

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

AS 1995 4964

¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 7. Okt. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3670).

² SR 832.102

³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

Art. 2 Grundsatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

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

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ 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.

² Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert zweier Jahre entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁴ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Art. 4

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände sowie bildgebenden Verfahren:⁵

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2546).

- a. Analysen:
die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in einem Anhang zur Analysenliste bezeichnet;
- b. Arzneimittel:
pharmazeutische Spezialitäten der therapeutischen Gruppen 01.01. Analgetica und 07.10. Arthritis und rheumatische Krankheiten der Spezialitätenliste, soweit die zuständige schweizerische Prüfstelle für diese Spezialitäten als Verkaufsart eine Abgabe durch Apotheken ohne ärztliches Rezept (C) oder eine Abgabe durch Apotheken und Drogerien (D) bestimmt hat;
- c. Mittel und Gegenstände:
 1. Produkte der Gruppe 05.12.01. Halskragen der Liste der Mittel und Gegenstände,
 2. Produkte der Gruppe 34. Verbandmaterial der Liste der Mittel und Gegenstände für die Anwendung an der Wirbelsäule;
- d.⁶ Bildgebende Verfahren:
 1. Röntgen des Skelettes,
 2. Computertomographie (CT) des Skelettes,
 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes,
 4. Szintigrafie des Skelettes.

4. Abschnitt:⁷ Pharmazeutische Leistungen

Art. 4a

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten folgender Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker:

- a. Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;
- b. Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;
- c. Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;
- d. ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

² Die Versicherung kann die Kosten von weitergehenden kostendämpfenden Leistungen zugunsten einer Gruppe von Versicherten im Rahmen eines Tarifvertrages übernehmen.

⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS **2000** 2546). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253).

⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

2. Kapitel: Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

1. Abschnitt: Physiotherapie

Art. 5

¹ Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV erbracht werden:

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

6. Unterwasserstrahlmassage,
7. Unterwassermassage,
8. Hyperthermiebäder.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.⁸

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

⁴ Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.⁹

2. Abschnitt: Ergotherapie

Art. 6

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie von Organisationen der Ergotherapie im Sinne der Artikel 46, 48 und 52 KVV 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.¹⁰ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.¹¹

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

⁴ Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und

⁸ Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

⁹ Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

¹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

¹¹ Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

in welchem Umfang die Ergotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.¹²

3. Abschnitt: Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:¹³

- a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994¹⁴, KVG).

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a. Massnahmen der Abklärung und Beratung:
 1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin),
 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:
 1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
 7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,
 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,

¹² Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

¹³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹⁴ SR 832.10

9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruis-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
 11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
 12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen;
- c. Massnahmen der Grundpflege:
1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
 2. psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege.
- ³ Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet.¹⁵

Art. 8¹⁶ Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.

² Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs.

³ Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 4). Bestätigt ein Arzt oder eine Ärztin die Einreihung einer versicherten Person in eine Pflegebedarfsstufe, gilt dies als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.

¹⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS **1997** 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Dez. 1997 (AS **1998** 150).

¹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2039).

⁵ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

⁶ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können erteilt werden:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate.

^{6bis} 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 dem Versicherer bekanntzugeben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.¹⁷

⁷ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden.

Art. 8a¹⁸ Kontroll- und Schlichtungsverfahren

¹ Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause.

² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten neben dem Tarif (Art. 47 KVG¹⁹) das Verfahren nach Absatz 1 fest.

³ Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

Art. 9 Abrechnung

¹ Die Leistungen können insbesondere nach Zeit- oder nach Pauschaltarifen (Art. 43 KVG²⁰) in Rechnung gestellt werden.

² Die verschiedenen Tarifarten können kombiniert werden.

³ Für die Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind.²¹

¹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

¹⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹⁹ SR 832.10

²⁰ SR 832.10

²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

⁴ Für die Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind (Pflegebedarfsstufen). Es sind mindestens vier Stufen vorzusehen.²²

Art. 9a²³ Kostentransparenz und Tariflimiten

¹ Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden:

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in einfachen und stabilen Situationen: 30–45 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in instabilen und komplexen Situationen sowie für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 45–65 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 50–70 Franken.

² Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG²⁴) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

- a. für die erste Pflegebedarfsstufe: 10–20 Franken,
- b. für die zweite Pflegebedarfsstufe: 15–40 Franken,
- c. für die dritte Pflegebedarfsstufe: 30–60 Franken,
- d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: 40–70 Franken.

³ Artikel 44 KVG ist anwendbar.

3a. Abschnitt:²⁵ Ernährungsberatung

Art. 9b²⁶

¹ Der Ernährungsberater oder die Ernährungsberaterin im Sinne der Artikel 46 und 50a KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:²⁷

- a.²⁸ Stoffwechselkrankheiten;

²² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

²³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

²⁴ SR 832.10

²⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Juli 1997 (AS 1997 564).

²⁶ Ursprünglich Art. 9a.

²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

- b. Adipositas (Body-mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- c. Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- d. Krankheiten des Verdauungssystems;
- e. Nierenerkrankungen;
- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- g. Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

² Die Krankenversicherung übernimmt höchstens sechs vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeordnete Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, so kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden.²⁹

³ Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin richten.³⁰ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherten vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden soll.

3b. Abschnitt:³¹ Diabetesberatung

Art. 9c

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht wird:

- a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung;
- b. von einer nach Artikel 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.

² Die Diabetes-Beratung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (*Diabetes mellitus*) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.

²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

²⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

³ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zehn Sitzungen. Soll die Diabetes-Beratung nach zehn Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Beratung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.³²

⁴ In den Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft können Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen (Art. 50a KVV) die Leistung nach Artikel 9b Absätze 1 Buchstabe a sowie 2 und 3 erbringen.

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

Der Logopäde oder die Logopädin führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:

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

Art. 11 Voraussetzungen

¹ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie in einem Zeitraum von längstens drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

² Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

³ Soll die logopädische Therapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

³² Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

⁴ Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin hat dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁵ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 3 und 4 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG³³):

Massnahme	Voraussetzung
a. ³⁴ Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	– Gemäss dem von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie herausgegebenen Leitfaden «Vorsorgeuntersuchungen» (2. Auflage, Bern, 1993). Total acht Untersuchungen.
b. Screening auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Hypothyreose	Bei Neugeborenen.
c. ³⁵ Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung inklusive Krebsabstrich	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden; sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
d. HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.

³³ SR 832.10

³⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

³⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546).

Massnahme	Voraussetzung
e. Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
f. ³⁶ Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» Stand Dezember 1997 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF) und den Empfehlungen zur Poliomyelitis-Impfung 1999 (Bulletin des BAG 43/1999).
g. ³⁷ Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» Stand Dezember 1997 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF).
h. ³⁸ Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» Stand Dezember 1997 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF).
i. ³⁹ Grippe-Impfung (jährlich)	Bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei denen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Arbeitsgruppe Influenza und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF), Stand August 2000; Supplementum XIII, BAG 2000), und bei über 65jährigen Personen.

³⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS **2001** 2150).

³⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS **2001** 2150).

³⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS **2001** 2150).

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS **2001** 2150).

Massnahme	Voraussetzung
k. ⁴⁰ Hepatitis-B-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. 2. Impfung nach den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF) von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) und 2000 (Bulletin des BAG 44/2000). Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006.
l. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter.
m. ⁴¹ Pneumokokken-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Asplenie oder vor einer Splenektomie. 2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter fünf Jahren gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Kommission für Impffragen von 2001 (Bulletin des BAG 29/2001).
n. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).
o. ⁴² Mammographie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostische Mammographie: Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Die Mammographie

⁴⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS 2001 2150).

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001 (AS 2001 2150).

⁴² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS 1999 2517).

Massnahme	Voraussetzung
	muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinischer Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening. 2nd edition) ⁴³
	2. ⁴⁴ Screening Mammographie: Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 ⁴⁵ über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.
p. ⁴⁶ Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen)
q. ⁴⁷ Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.
r. ⁴⁸ Sonographisches Hüftscreening nach Graf bei Neugeborenen	Im Alter von 0–6 Wochen durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen. Diese Regelung gilt bis zum 31. März 2004.
s. ⁴⁹ In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie	Bei Personen nach einem Anästhesiezwischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie und bei deren Blutsverwandten ersten Grades. In einem Zentrum, das von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannt ist.

⁴³ Diese Leitlinien können beim BSV, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, eingesehen werden.

⁴⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 19. Dez. 2000 (AS 2001 295).

⁴⁵ SR 832.102.4

⁴⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564). Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

⁴⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

⁴⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564). Fassung gemäss Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

⁴⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000 (AS 2000 2546).

Massnahme	Voraussetzung
t. ⁵⁰ Meningokokken-Impfung	<p>Mit Konjugat-Impfstoff gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF) von 2001 (Bulletin des BAG 46/2001). Die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung beschränkt sich auf folgende Situationen:</p> <p>Medizinische Indikationen Impfung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wie der wahrscheinliche oder der sichere Fall leben. Impfung von Personen, die im gleichen Zimmer geschlafen haben oder Nasen- oder Rachensekretan direkt ausgesetzt waren. Impfung von Familienmitgliedern ersten Grades vor dem 20. Altersjahr, auch ohne Kontakt.</p>
u. ⁵¹ Impfung gegen Tuberkulose	<p>Mit BCG-Impfstoff gemäss den Richtlinien der schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (SVTL) und des Bundesamtes für Gesundheit von 1996 (Bulletin des BAG 16/1996)</p>

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

⁵¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG⁵²):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erstkonsultation</i>: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste. – <i>Weitere Konsultationen</i>: Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herzöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b. ⁵³ Ultraschallkontrollen	
1. ⁵⁴ In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 10.–12. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolle in der 20.–23. Schwangerschaftswoche.	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen durchgeführt werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode, welche auch die kommunikative Kompetenz umfasst, und über die nötige Erfahrung verfügen. Ziffer 1 gilt bis zum 31. Dezember 2006
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.

⁵² SR **832.10**

⁵³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 1996 (AS **1996** 1496).

⁵⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2002 (AS **2001** 2150).

Massnahme	Voraussetzung
c. Pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.
d. Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: <ul style="list-style-type: none"> – Bei Schwangeren ab 35 Jahren. – Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

Art. 14 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 100 Franken für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme in Gruppen durchführt.

Art. 15 Stillberatung

¹ Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG⁵⁵) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger durchgeführt wird.

² Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16 Leistungen der Hebammen

¹ Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:

- a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
 2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.
- b. Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.

⁵⁵ SR 832.10

- c. Die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben c und e sowie nach den Artikeln 14 und 15.

² Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung auch Leistungen der Krankenpflege nach Artikel 7 Absatz 2 erbringen. Die Leistungen sind nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt und nach der vorzeitigen Entlassung aus dem Spital oder aus der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege durchzuführen.

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG⁵⁶). 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.

Art. 18 Allgemeinerkrankungen⁵⁷

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 (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG⁵⁸):

- a.⁵⁹ 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;
- e. ...⁶⁰

⁵⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁵⁸ SR **832.10**

⁵⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁶⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS **1998** 2923).

² Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.⁶¹

Art. 19⁶² Allgemeinerkrankungen; Zahnherdbehandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG⁶³):

- a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;
- b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;
- c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d. bei Endokarditis.

Art. 19^{a64} Geburtsgebrechen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:⁶⁵

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG⁶⁶, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

² Geburtsgebrechen im Sinne von Absatz 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;

⁶¹ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁶² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

⁶³ SR 832.10

⁶⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

⁶⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

⁶⁶ SR 832.10

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;
- 16.⁶⁷ Proboscis lateralis;
- 17.⁶⁸ 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 intra-maxilläre 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

⁶⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

⁶⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

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;
- 28.⁶⁹ Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grossen Speicheldrüsen);
- 28a.⁷⁰ 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 (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyelie, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyelie);

⁶⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 2150).

⁷⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS **1998** 2923). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 2001, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2001** 2150).

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. Anophthalmus;
42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. Atresia auris congenita inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoproteinstoffwechsels (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).

6. Kapitel: Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen

Art. 20 Liste der Mittel und Gegenstände

¹ Die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, für welche die Versicherung eine Vergütung zu leisten hat, sind im Anhang 2 nach Produktgruppen und Anwendungsarten aufgeführt.

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Ihre Vergütung wird mit der entsprechenden Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

³ Die Mittel- und Gegenstände-Liste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann beim BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern bestellt werden.⁷¹

Art. 21 Anmeldung

Vorschläge für die Aufnahme von neuen Mitteln und Gegenständen in die Liste sowie für den Umfang der Vergütung sind beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) einzureichen. Das BSV prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der Eidgenössischen Kommission für Mittel und Gegenstände.⁷²

Art. 22 Limitierungen

Die Aufnahme in die Liste kann mit einer Limitierung verbunden werden. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge, die Dauer der Verwendung, die medizinischen Indikationen oder das Alter der Versicherten beziehen.

Art. 23 Anforderungen

Von den in der Liste aufgeführten Arten von Mitteln und Gegenständen dürfen sämtliche Produkte abgegeben werden, welche nach der Gesetzgebung des Bundes oder der Kantone in Verkehr gebracht werden dürfen. Massgebend ist die Gesetzgebung des Kantons, in welchem sich die Abgabestelle befindet.

Art. 24 Vergütung

¹ Die Mittel und Gegenstände werden höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln und Gegenständen angegeben ist.

⁷¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁷² Fassung des Satzes gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

² Liegt für ein Produkt der von der Abgabestelle in Rechnung gestellte Betrag über dem in der Liste angegebenen Betrag, so geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

³ Die Vergütung kann als Kauf- oder als Mietpreis umschrieben sein. Kostspielige und durch andere Patienten und Patientinnen wiederverwendbare Mittel und Gegenstände werden in der Regel in Miete abgegeben.

⁴ Die Versicherung übernimmt die Kosten nach Anhang 2 nur für Mittel und Gegenstände in gebrauchsfertigem Zustand. Bei Mitteln und Gegenständen, die durch Kauf erworben werden, kann in der Liste eine Vergütung an die Kosten für die notwendige Anpassung und den Unterhalt vorgesehen werden. Bei Miete sind Unterhalts- und Anpassungskosten im Mietpreis inbegriffen.

7. Kapitel: Beitrag an die Kosten von Badekuren sowie an Transport- und Rettungskosten

Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badekuren

Die Versicherung übernimmt während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von 10 Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren.

Art. 26 Beitrag an die Transportkosten

¹ Die Versicherung übernimmt 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen.

² Der Transport hat in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen.

Art. 27 Beitrag an die Rettungskosten

Die Versicherung übernimmt für Rettungen in der Schweiz 50 Prozent der Rettungskosten. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 5000 Franken übernommen.

8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 28

¹ Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG⁷³ vorgesehene Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.⁷⁴

² Die Analysenliste wird in der amtlichen Sammlung (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden.⁷⁵

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29⁷⁶

¹ Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG⁷⁷ gehört unter dem Titel Arzneimittelliste mit Tarif (abgekürzt «ALT») als Anhang 4 zu dieser Verordnung.

² Die Arzneimittelliste mit Tarif wird in der AS und in der SR des Bundesrechts nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern, bestellt werden.⁷⁸

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

¹ Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste aufgenommen, wenn:⁷⁹

- a.⁸⁰ seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind;

⁷³ SR **832.10**

⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Juli 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 2546).

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

⁷⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

⁷⁷ SR **832.10**

⁷⁸ Fassung gemäss

⁷⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

⁸⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

b.⁸¹ die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts, Swissmedic vorliegt.

2 ... 82

Art. 30a⁸³ Aufnahmegesuch

¹ Ein Gesuch um Aufnahme in die Spezialitätenliste hat insbesondere zu enthalten:

- a. die Voranzeige des Schweizerischen Heilmittelinstituts, Swissmedic mit dessen Mitteilung über die beabsichtigte Zulassung und der Angabe der zuzulassenden Indikationen und Dosierungen;
- b. die dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, Swissmedic eingereichte Fachinformation;
- c. falls das Arzneimittel im Ausland bereits zugelassen ist, die genehmigten ausländischen Fachinformationen;
- d. die dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, Swissmedic eingereichte Zusammenfassung der klinischen Dokumentation;
- e. die wichtigsten klinischen Studien;
- f. die Fabrikabgabepreise in allen Vergleichsländern gemäss Artikel 35 sowie der Zielpreis für die Europäische Gemeinschaft;
- g. eine Erklärung der Gesuchstellerin, wonach sie sich verpflichtet, allfällige Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV an die gemeinsame Einrichtung zu bezahlen.

² Zusammen mit der Zulassungsverfügung und der Zulassungsbescheinigung sind die definitive Fachinformation mit Angabe allfälliger Änderungen und der definitive Zielpreis für die Europäische Gemeinschaft nachzureichen.

Art. 31⁸⁴ Aufnahmeverfahren

¹ Das BSV unterbreitet Gesuche um Aufnahme in die Spezialitätenliste der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (Kommission) in der Regel anlässlich deren Sitzung.

² Die Kommission teilt jedes Arzneimittel in eine der folgenden Kategorien ein:

- a. medizinisch-therapeutischer Durchbruch;
- b. therapeutischer Fortschritt;
- c. Kosteneinsparung im Vergleich zu anderen Arzneimitteln;
- d. kein therapeutischer Fortschritt und keine Kosteneinsparung;
- e. unzweckmässig für die soziale Krankenversicherung.

⁸¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁸² Aufgehoben durch Ziff. II 2 der V des EDI vom 26. Okt. 2001 (AS 2001 3397).

⁸³ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁸⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

³ Folgende Gesuche werden der Kommission nicht unterbreitet:

- a. neue galenische Formen, die zum gleichen Preis angeboten werden wie eine vergleichbare galenische Form, die bereits in der Spezialitätenliste ist;
- b. Arzneimittel, die gemäss Artikel 12 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000⁸⁵ beim Schweizerischen Heilmittelinstitut, Swissmedic zweitangemeldet wurden, wenn das Originalpräparat bereits in der Spezialitätenliste ist;
- c. Co-Marketing-Arzneimittel, wenn das Basispräparat bereits in der Spezialitätenliste ist.

⁴ Hat das Schweizerische Heilmittelinstitut, Swissmedic die Durchführung eines beschleunigten Zulassungsverfahrens gemäss Artikel 5 der Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001⁸⁶ bewilligt, führt das BSV ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren durch. Im beschleunigten Aufnahmeverfahren kann ein Gesuch bis spätestens 20 Tage vor der Sitzung der Kommission, an der es behandelt werden soll, eingereicht werden.

⁵ Liegt die Zulassungsbescheinigung vor und beantragt die Kommission die Aufnahme, verfügt das BSV diese in der Regel innert 30 Tagen.

Art. 31a⁸⁷ Aufnahme

Das BSV kann die Aufnahme insbesondere mit der Auflage verfügen, dem BSV spätestens 18 Monate nach der Aufnahme folgende Unterlagen einzureichen:

- a. die Preise in allen Vergleichsländern gemäss Artikel 35;
- b. Angaben zur Menge der seit der Aufnahme verkauften Packungen, bestätigt von der gemäss Obligationenrecht⁸⁸ gewählten Revisionsstelle des für den Vertrieb zuständigen Unternehmens oder von einer durch das BSV anerkannten Treuhandstelle.

Art. 32⁸⁹ Wirksamkeit

Das BSV stützt sich für die Beurteilung der Wirksamkeit auf die Unterlagen, die für die Registrierung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut, Swissmedic massgebend waren. Es kann weitere Unterlagen verlangen.

⁸⁵ SR 812.21

⁸⁶ SR 812.212.21

⁸⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁸⁸ SR 220

⁸⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

Art. 33⁹⁰ Zweckmässigkeit

¹ Die Zweckmässigkeit eines Arzneimittels in Bezug auf seine Wirkung und Zusammensetzung wird nach klinisch-pharmakologischen und galenischen Erwägungen, nach unerwünschten Wirkungen sowie nach der Gefahr missbräuchlicher Verwendung beurteilt.

² Das BSV stützt sich für die Beurteilung der Zweckmässigkeit auf die Unterlagen, die für die Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut, Swissmedic massgebend waren. Es kann weitere Unterlagen verlangen.⁹¹

Art. 34 Wirtschaftlichkeit

¹ Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellen Aufwand gewährleistet.

² Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels werden berücksichtigt:

- a. dessen Fabrikabgabepreise im Ausland
- b. dessen Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise;
- c. dessen Kosten pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise
- d. bei einem Arzneimittel im Sinne von Artikel 31 Absatz 2 Buchstaben a und b ein Innovationszuschlag für die Dauer von höchstens 15 Jahren; in diesem Zuschlag sind die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen zu berücksichtigen.⁹²

Art. 35⁹³ Preisvergleich mit dem Ausland

¹ Der Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels darf in der Regel den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis, abzüglich der Mehrwertsteuer, dieses Arzneimittels in Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten. Das BSV vergleicht mit Ländern, in denen der Fabrikabgabepreis aufgrund von Bestimmungen von Behörden oder Verbänden eindeutig bestimmt werden kann.

² Verglichen wird mit Deutschland, Dänemark, Grossbritannien und den Niederlanden. Subsidiär werden Frankreich, Österreich und Italien in den Vergleich einbezogen. Deren Preise können als generelle Indikatoren beigezogen werden. Es kann mit weiteren Ländern verglichen werden.

³ Der Fabrikabgabepreis in den erwähnten Ländern wird dem BSV vom Unternehmen, welches das Arzneimittel vertreibt, mitgeteilt. Das Unternehmen ermittelt ihn

⁹⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁹¹ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁹² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁹³ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

aufgrund von Regelungen von Behörden oder Verbänden und lässt ihn von einer Behörde oder einem Verband bestätigen. Er wird gestützt auf einen vom BSV ermittelten durchschnittlichen Wechselkurs über sechs Monate in Schweizer Franken umgerechnet.

Art. 35^a⁹⁴ Vertriebsanteil

¹ Der Vertriebsanteil für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Schweizerischen Heilmittelinstitutes, Swissmedic verschreibungspflichtig sind, setzt sich zusammen aus einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag) und einem Zuschlag je Packung.⁹⁵

² Der preisbezogene Zuschlag gemäss Absatz 1 berücksichtigt insbesondere die Kapitalkosten für Lagerhaltung und ausstehende Guthaben.

³ Der Zuschlag je Packung berücksichtigt insbesondere die Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten. Er kann nach der Höhe des Fabrikabgabepreises abgestuft werden.

⁴ Der Vertriebsanteil für Arzneimittel, die aufgrund der Einteilung des Schweizerischen Heilmittelinstitutes, Swissmedic nicht verschreibungspflichtig sind, besteht aus einem im Verhältnis zur Höhe des Fabrikabgabepreises bemessenen Zuschlag (preisbezogener Zuschlag). Dieser berücksichtigt alle Kosten, die mit dem Vertriebsanteil abgegolten werden.⁹⁶

⁵ Das BSV kann den Vertriebsanteil je nach Leistungserbringer und Abgabekategorie unterschiedlich bemessen. Zudem kann es besondere Vertriebsverhältnisse berücksichtigen.

Art. 35^b⁹⁷ Überprüfung innert 24 Monaten nach der Aufnahme

¹ Arzneimittel werden innert 24 Monaten nach ihrer Aufnahme vom BSV daraufhin überprüft, ob sie die Aufnahmebedingungen erfüllen.

² Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden für den Vergleich mit anderen Arzneimitteln in der Regel dieselben Arzneimittel beigezogen wie bei der Aufnahme.

³ Ergibt die Überprüfung, dass der Preis zu hoch ist, verfügt das BSV eine Preissenkung. Zudem prüft es, ob Mehreinnahmen nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV erzielt wurden.

⁴ Zur Ermittlung der für eine Rückerstattung massgebenden Limiten nach Artikel 67 Absatz 2^{ter} KVV werden sämtliche Handelsformen eines Arzneimittels herangezogen.

⁹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁹⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁹⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁹⁷ Eingefügt durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS 2002 3013).

⁵ Die Mehreinnahmen werden wie folgt berechnet:

- a. zuerst wird die Preisdifferenz zwischen dem Fabrikabgabepreis bei der Aufnahme und demjenigen nach der Preissenkung ermittelt;
- b. danach wird diese Preisdifferenz multipliziert mit der Anzahl der seit der Aufnahme bis zur Preissenkung verkauften Packungen.

⁶ Das BSV verfügt die Höhe der Mehreinnahmen und die Frist, innert der sie der gemeinsamen Einrichtung gemäss KVG⁹⁸ zu bezahlen sind.

Art. 36 Überprüfung der Arzneimittel in den ersten 15 Jahren seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste

¹ Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BSV daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35 noch erfüllen.

² Ergibt die Überprüfung, dass der ersuchte Preis zu hoch ist, lehnt das BSV das Gesuch ab.

³ Die Arzneimittelkommission kann dem BSV beantragen, den Innovationszuschlag ganz oder teilweise zu streichen, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr erfüllt sind.

Art. 37 Überprüfung nach 15 Jahren

¹ Arzneimittel werden nach Ablauf des Patentschutzes, jedoch spätestens 15 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BSV daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35a noch erfüllen. Verfahrenspatente werden bei der Überprüfung nicht berücksichtigt.⁹⁹

² Ergibt die Überprüfung, dass der Preis zu hoch ist, verfügt das BSV eine Preissenkung.

³ Arzneimittel, die gleichzeitig in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, werden gleichzeitig überprüft.¹⁰⁰

⁴ Zur Beurteilung eines Arzneimittels ist der erste Eintrag einer Packungsgrösse, Dosierung oder galenischen Form massgebend. Wird eine Form überprüft, werden alle anderen Formen, die dieselbe Wirksubstanz enthalten, auch überprüft.¹⁰¹

⁹⁸ SR 832.10

⁹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹⁰⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

¹⁰¹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

Art. 38 Gebühren

¹ Mit jedem Gesuch um Neuaufnahme eines Arzneimittels ist für jede galenische Form eine Gebühr von 2000 Franken zu entrichten. Betrifft das Gesuch ein Arzneimittel, das in einem beschleunigten Verfahren zugelassen wurde und soll das Gesuch auch vom BSV beschleunigt behandelt werden, beträgt die Gebühr 2400 Franken.¹⁰²

² Mit jedem Gesuch um Preiserhöhung, um Erweiterung der Limitierung, um Änderung der Wirkstoffdosierung oder der Packungsgrösse sowie bei Wiedererwägungsgesuchen ist für jede galenische Form eine Gebühr von 400 Franken zu entrichten.¹⁰³

³ Für alle übrigen Verfügungen des BSV wird nach Massgabe des Aufwandes eine Gebühr von 100–1600 Franken erhoben.

⁴ Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

⁵ Für jedes in die Spezialitätenliste aufgenommene Arzneimittel sowie für jede darin aufgeführte Packung ist jährlich eine Gebühr von 20 Franken zu bezahlen.

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung**1. Kapitel:¹⁰⁴ ...****Art. 39****2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik****Art. 40**

Folgende Einrichtungen sind als Schulen für Chiropraktik nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannt:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Kanada;
- b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P. O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;

¹⁰² Fassung gemäss Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

¹⁰³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS **2000** 3088).

¹⁰⁴ Aufgehoben durch Ziff. I der V vom 2. Juli 2002 (AS **2002** 3013).

- e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;
- k. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- l. Western States Chiropractic College
2900 N. E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

3. Kapitel:¹⁰⁵ ...

Art. 41

4. Kapitel: Laboratorien

Art. 42 Aus- und Weiterbildung

¹ Als Hochschulausbildung im Sinne von Artikel 54 Absätze 2 und 3 Buchstabe a KVV gilt ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Chemie, Biochemie, Biologie oder Mikrobiologie.

² Als höhere Fachausbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 2 KVV gilt das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «medizinische Laboranten oder Laborantinnen mit höherer Fachausbildung» oder ein vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkanntes Diplom.

³ Als Weiterbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie oder medizinischer Mikrobiologie. Das Eidgenössische Departement des Innern entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.

¹⁰⁵ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS 1999 2517).

⁴ Das Eidgenössische Departement des Innern kann Laborleiter oder Laborleiterinnen, die über eine Weiterbildung verfügen, welche den Anforderungen von Absatz 3 nicht entspricht, für bestimmte Spezialanalysen zulassen. Es bezeichnet die Spezialanalysen.

Art. 43 Weitergehende Anforderungen nach Artikel 54 Absatz 4 KVV

Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen nur in Laboratorien durchgeführt werden, deren Leiter oder Leiterin sich über eine für die Leitung eines Laboratoriums anerkannte Aus- und Weiterbildung nach Artikel 42 Absätze 1 und 3 und eine Zusatzausbildung in Genetik ausweisen.

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965¹⁰⁶ über die Krankenversicherung betreffend die Beiträge der Versicherungsträger an die Kosten der zur Erkennung und Behandlung der Tuberkulose notwendigen Massnahmen;
- b. die Verordnung 3 des EDI vom 5. Mai 1965¹⁰⁷ über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;
- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965¹⁰⁸ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965¹⁰⁹ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965¹¹⁰ über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985¹¹¹ über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;

¹⁰⁶ [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

¹⁰⁷ [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

¹⁰⁸ [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

¹⁰⁹ [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

¹¹⁰ [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹¹¹ [AS 1986 87]

- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990¹¹² über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968¹¹³ über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;
- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989¹¹⁴ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988¹¹⁵ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45¹¹⁶**Art. 46** Inkrafttreten¹¹⁷

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

² ...¹¹⁸

³ ...¹¹⁹

¹¹² [AS 1991 519, 1995 891]

¹¹³ [AS 1968 1496, 1986 1487]

¹¹⁴ [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹¹⁵ [AS 1989 374, 1995 750 3688]

¹¹⁶ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000 (AS 2000 3088).

¹¹⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

¹¹⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996 (AS 1996 909).

¹¹⁹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996 (AS 1996 1232).

*Anhang I*¹²⁰
(Art. 1)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

Dieser Anhang stützt sich auf Artikel 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung. 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.

¹²⁰ Fassung gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS 2002 4253).

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Allgemein
 - 1.2 Transplantationschirurgie
 - 1.3 Orthopädie, Traumatologie
 - 1.4 Urologie und Proktologie
 - 2 Innere Medizin
 - 2.1 Allgemein
 - 2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin
 - 2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie
 - 2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie
 - 2.5 Krebsbehandlung
 - 3 Gynäkologie, Geburtshilfe
 - 4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie
 - 5 Dermatologie
 - 6 Ophthalmologie
 - 7 Oto-Rhino-Laryngologie
 - 8 Psychiatrie
 - 9 Radiologie
 - 9.1 Röntgendiagnostik
 - 9.2 Andere bildgebende Verfahren
 - 9.3 Interventionelle Radiologie
 - 10 Komplementärmedizin
 - 11 Rehabilitation
- Alphabetischer Index

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind. Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.9.1967
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen	Ja	Alle Patienten, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: – Schwer verkalkte Aorta; – Nierenversagen; – chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen; – hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: – Tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (>1,5 mm) Gefässe. – Peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie.	1.1.2002
Endoprothesen	Ja		27.6.1968
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Amputation.	23.8.1984/ 1.3.1995
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	In Evaluation a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin. b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c. Der Patient oder die Patientin hat einen Bodymass Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos.	1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter.	
		f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin).	
		g. Das Spital muss ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik führen.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein	In Evaluation	1.7.2002
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	25.3.1971 23.3.1972
Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungen- transplantation	Ja	Bei Patienten im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.	1.1.2003
Herz-Lungen- transplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Lebertransplantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr).	31.8.1989/ 1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lebend- Lebertransplantation	Nein	In Evaluation	1.1.2003
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplan- tation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am SwissTransplant- Register teilnehmen.	1.1.2003
Isolierte Pankreas- transplantation (Pancreas Transplan- tation Alone, Pancreas After Kidney)	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Allotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Autotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Isolierte Pankreas- Transplantation	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Isolierte Dünndarm transplantation	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Hautautograft mit gezüchteten Keratinocyten	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.	1.1.1997/ 1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Allogene Transplantation mit zweischichtigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Nein	In Evaluation	1.4.2003
	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin Bei schwer heilendem Ulcus cruris, nach erfolgloser Behandlung mit konventionellen Behandlungsmethoden während 6–12 Monaten. Nach den Richtlinien der Swiss Tissue Repair Society von September 2000. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2001/ 1.7.2002 bis 31.3.2003
Autologes Epidermis-Äquivalent aus Zweischritt-Verfahren	Nein	In Evaluation	1.1.2003
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h., wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	16.1.1969
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein	In Evaluation	1.1.1997 / 1.1.2000/ 1.1.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999 / 1.1.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Nein		1.1.2002
Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung	Ja	In Evaluation Patienten mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsformen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. – Behandlungen, die im Rahmen der schweizerischen randomisierten kontrollierten Studie (SVISCOT) zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung der Viskosupplementation durchgeführt werden. – Für die Viskosupplementationsbehandlung im Rahmen der SVISCOT wird eine pauschale Vergütung vereinbart.	1.7.2002/ 1.1.2003 bis 31.12.2003
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen	3.12.1981
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird.	22.8.1985

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskulari- sationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993
Embolisations- behandlung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur voll- ständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservati- ver Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002 bis 31.12.2004

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und / oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2003 bis 31.12.2007
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektionstherapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei – Chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – Osteomyelitis am Kiefer – Chronischer Osteomyelitis.	1.4.1994 1.9.1988
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten.	19.3.1970
Behandlung der Adipositas	Ja	– Bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr. – Bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann.	7.3.1974
– durch Amphetaminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretica	Nein		7.3.1974
– durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zuhause	Nein		1.7.2002
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: – Der Patient ist ein extrem labiler Diabetiker. – Er kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. – Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung des Patienten erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt, durch einen frei praktizierenden Facharzt mit entsprechender Erfahrung.	27.8.1987/ 1.1.2000
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997
Plasmapherese	Ja	Indikationen: – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere – myastenia gravis – trombotisch trombozytopenische Purpura – immunhämolytische Anämie – Leukämie – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom. – Akute Vergiftungen – Familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form.	25.8.1988
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	25.8.1988
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämatopoïetische Stammzell-Trans- plantation	– autolog	In den durch die Zertifizierungsstelle der SwissTransplant-Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) qualifizierten Zentren, gemäss den von «The Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE)» herausgegebenen Richtlinien: «Accreditation Manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collection and Transplantation» von Mai 1999. Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik führen.	
		Bei Lymphomen	1.1.1997
		Bei akuter lymphatischer Leukämie	
		Bei akuter myeloischer Leukämie.	1.1.2002
		Beim multiplen Myelom.	
		In Evaluation	1.1.2002 bis 31.12.2006
		Bei myelodysplastischen Syndromen	
		Beim Neuroblastom	
		Beim Medulloblastom	
		Bei der chronisch myeloischen Leukämie	
Bei Mammakarzinom			
Bei Keimzelltumor			
Bei Ovarialkarzinom			
Bei Ewing-Sarkom			
Bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor			
Bei Rhabdomyosarkom			
Bei kleinzelligen Bronchuskarzinom			
Bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter.			
	Nein	Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie	1.1.1997
		Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie	
		Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen	
		Bei kongenitalen Erkrankungen.	
	Nein	In Evaluation	1.1.2002
– allogenen	Ja	Bei Autoimmunerkrankungen	
		Bei akuter myeloischer Leukämie	1.1.1997
		Bei akuter lymphatischer Leukämie	
		Bei der chronischen myeloischen Leukämie	
		Beim myelodysplastischen Syndrom	
		Bei der aplastischen Anämie	
Bei Immundefekten und Inborn errors			
Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender).			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In Evaluation Beim multiplen Myelom Bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie) Beim Nierenzellkarzinom Beim Melanom	1.1.2002 bis 31.12.2006
		Die Kosten des Eingriffs beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplika- tionen und eine angemessene Entschä- digung für den effektiv erlittenen Erwerb- sausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.1.1997
	Nein	Bei soliden Tumoren.	1.1.1997
	Nein	In Evaluation Bei Autoimmunkrankheiten Beim Mammakarzinom.	1.1.2002
Gallenstein- zertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepati- sche Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledokus. Gallenblasensteine bei inoperablen Pati- enten (auch laparoskopische Cholezy- stektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Dia- gnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Dia- gnose unsicher ist und daraus thera- peutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.7.2002
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibro- sitis und des Chronic fatigue syndrome	1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	In Evaluation	1.4.2003
	Ja	In Evaluation 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 Rhythmusstö- rung, wenn die klinische Diagnose un- sicher ist. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik	1.1.1997/ 1.7.2002 bis 31.3.2003
Polygraphie	Ja	In Evaluation Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom Durchführung durch Facharzt oder Fach- ärztin Pneumologie FMH mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respi- ratorischer Polygraphie gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesell- schaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2005
Messung des Melato- ninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Maintenance of WakefulnessTest	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten mit aktinischer Keratose, basozellulären Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellulären Karzinomen	1.7.2002
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	13.5.1976
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja	Gemäss den Richtlinien der Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000.	1.1.2001
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten	Nein		12.05.1977
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie	Nein	In Evaluation	1.1.2003
Intrakoronare Brachytherapie	Nein	In Evaluation	1.1.2003
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarkes durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom-schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexus-fibrosen nach Bestrahlung (Mamma-karzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflicht-leistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenauriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflicht-leistung.	1.3.1995
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapie-resistenten parkinson-schen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
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)	1.7.2002

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	<p>Wendet der Patient selber den TENS-Stimulator an, so vergütet ihm der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Arzt oder auf seine Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit der TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben; – der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt haben; – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auflösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen. – Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z.B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome. – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen; z.B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunneloperation. 	23.8.1984
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	<p>Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.</p>	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden. 	1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz. – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt. 	
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	In Evaluation	1.7.2002
Balkendurchtrennung		Sofern die Ablärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	
– Selektive Amygdalohippokampektomie		Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
– Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler		Führung eines einheitlichen Evaluationsregisters mit Mengen- und Kostenstatistik.	
– Vagusstimulation			
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Spondylodese mittels Diskuskäfigen	Ja	Degenerative Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule. Nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999 bis 31.12.2001/ 1.7.2002
2.4 <i>Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001
2.5 Krebsbehandlung			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993
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 onkologischen Chirurgen, vaskulären Chirurgen, Orthopäden, Anästhesisten und Intensivmedizinern. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit – Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); – Fernmetastasen.	1.1.2001
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.1.1997
Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein	In Evaluation	1.7.2002
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	23.3.1972/ 1.1.1997
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.1.2001
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.1994

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
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.	11.12.1980
– beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.1.1993
Laser bei Cervix- Carcinom in situ	Ja		1.1.1993
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause.	1.1.1998
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12 Bst. c KLV)	Ja		1.1.1996
Dünnschicht- Zytologie zur Früh- erkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden Thin- Prep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12 Bst. c KLV)	Nein	In Evaluation	1.4.2003
	Ja	In Evaluation	1.7.2000 bis 31.3.2003
Nachweis des Human- Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12 c KLV)	Nein	In Evaluation	1.7.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammatome, ABBI, Siteselect)	Ja	In Evaluation Gemäss den Richtlinien der Schweizeri- schen Gesellschaft für Senologie vom 2.11.2001 Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2007
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Malthera- pie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herz- frequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett- Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbe- handlung von Gesichts- hämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
– Aknenarben	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo- Phototherapie	Nein	In Evaluation	1.7.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt selbst oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	Ja	Wenn die Anisometropie nicht durch Brillen korrigiert werden kann und eine Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht.	1.1.1997
Implantation von Myopie-Linsen	Nein	In Evaluation	1.1.2000
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Bei der exsudativen, prädominant klassischen Form der altersbedingten Makuladegeneration. Maximal vier Behandlungen pro Jahr. Führung eines einheitlichen Evaluationsregisters mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2005
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein	In Evaluation	1.1.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt selbst vorgenommen oder unter dessen unmittelbarer Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. aber auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschall- vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio- Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Laser bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beid- seitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen. In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitäts- spitäler Basel, Bern und Zürich, Kantons- spital Luzern; wenn ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik geführt wird. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankun- gen und Missbildungen von Mittele- lohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgi- schen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochen- leitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Speichelstein- lithotripsie	Ja	In Evaluation In spezialisierten Zentren, die ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik führen.	1.1.1997 bis 31.12.2003
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: a. Bei der methadongestützten Behandlung: Methadonbericht «Suchtmittlersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (dritte Auflage) Dezember 1995. b. Bei der buprenorphingestützten Behandlung: Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an die kantonalen Gesundheitsbehörden für die Anwendung von Buprenorphin (Subutex) zur Behandlung von Opioidabhängigen, Januar 2000. c. Bei der heroingestützten Behandlung: Die Bestimmungen der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (SR 812.121.6) sowie die Richtlinien und Empfehlungen des Handbuches des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information», September 2000. 2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von der IKS genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein. 3. Die Substitutionsbehandlung 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.	1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner, frühere Behandlungsstellen). - Erstellen der Diagnose und der Indikation. - Erstellen eines Behandlungsplanes. - Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer. - Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung. - Qualitätssicherung. - Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen. - 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 Krankenversicherer. - Qualitätskontrolle. <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle. - Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates. - Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde. - Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin. - Beratung. <p>4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.</p> <p>5. Für die Substitutionsbehandlung wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p>	
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein	In Evaluation	1.1.1998

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulanter Opi- atentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsycho- therapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Mal- therapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening)	15.11.1979
Knochendensitometrie – mit Doppelenergie- Röntgen- Absorptiometrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Bei einer klinisch manifesten Osteo- porose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma. – Bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus. – Gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). – Primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikati- on besteht). – Osteogenesis imperfecta. Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamen- töse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.3.1995 1.1.1999 1.3.1995
– mit Ganzkörper- Scanner	Nein		1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen- resorptionsmarker	Nein		1.1.2003
– Knochen- formationsmarker	Nein		1.1.2003
9.2 <i>Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kern- resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions- Tomographie (PET)	Ja	In Evaluation 1. Durchführung in Zentren, welche die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) vom 1. Juni 2000 über die Qualitätsvoraussetzungen für PET erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: a. In der Kardiologie: – Bei einem nuklearkardiologisch, echographisch oder koronarangiographisch dokumentierten Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG) zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Dreifässerkrankung, z.B. nach Bypass bei komplexer Koronaranatomie. – Präoperativ vor einer Herztransplantation. b. In der Onkologie: – Bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik. – Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom. – Beim Keimzelltumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnose nach Therapie. – Beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z.B. Tumormarkererhöhung); Diagnose zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnose nach Therapie.	1.1.2001 bis 31.12.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnose von Fernmetastasen bei Hochrisi- ko- patientinnen. c. In der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – Präoperativ bei Hirntumoren. – Präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie. – Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 70 Jahre sind. – Bei therapieresistenter fokaler Epilepsie. 3. Die Untersuchungen müssen im Rahmen der schweizerischen PET-Outcome-Studie zur Erfassung der Kostenauswirkung und des Nutzens beim Patientenmanagement durchgeführt werden. 	
Magnet- Enzephalographie	Nein	In Evaluation	1.7.2002
<i>9.3 Interventionelle Radiologie</i>			
Pionen- Strahlentherapie	Nein	In Evaluation	1.1.1993
Protonen- Strahlentherapie	Ja	– Bei intraokulären Melanomen	28.8.1986
Protonen- Strahlentherapie	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithelkarzinome, Adenokarzinome, Adenocystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome oder Hämangiocyptome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) 	1.1.2002/ 1.7.2002 bis 31.12.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist <p>Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gantry – Moderne Strahlenapplikation (z.B. Spotscanning, IMPT) – Protonenbeschleuniger – Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen – Strahlenschutz, Strahlenüberwachung-Techniksupport – Speziell ausgebildetes Personal (Ärzte, Physiker, nichtakademisches Personal). <p>Das Zentrum muss eine Betriebsbewilligung des BAG haben und über ausreichende Erfahrung mit Protonentherapie über mehrere Jahre verfügen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.</p>	
Radiochirurgie	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome. 	1.1.1996
	Nein	<p>In Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei funktionellen Störungen 	1.1.1996
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen. – Bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist. 	1.1.2003
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein		1.4.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In Evaluation – Bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen. Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik führen. – Bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist. Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsregister mit Mengen- und Kostenstatistik führen.	1.1.1999 bis 31.3.2003
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999
Anthroposophische Medizin	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999 bis 30.6.2005
Chinesische Medizin	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999 bis 30.6.2005
Homöopathie	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999 bis 30.6.2005
Neuraltherapie	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999 bis 30.6.2005
Phytotherapie	Ja	In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999 bis 30.6.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
11 Rehabilitation			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten mit Herz- Kreislauf-erkrankungen	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA. – Patienten mit Status nach Bypass-Operation. – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen. – Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren. – Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung. – Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion. <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie von 1990 entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Alphabetischer Index

A

Adipositasbehandlung

- durch Amphetaminderivate (2.1)
- durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen (2.1)
- durch Diuretica (2.1)
- mit Magenballons (1.1)
- operative Behandlung (1.1)
- durch Schilddrüsen-Hormon (2.1)

Allogene Transplantation mit zweischichtigem menschlichem lebendem Hautäquivalent (1.2)

Aktigraphie (2.1)

Akupunktur (10)

Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (2.1)

Ambulanter Opiatentzug (nach der ESCAPE-Methode) (8)

Anthroposophische Medizin (10)

Arthrosebehandlung

- intraartikuläre Injektion eines Gleitmittels (1.3, 2.4)
- intraartikuläre Injektion von Teflon oder Silikon als Gleitmittel (1.3, 2.4)

Atemmonitoring (4)

Atem- und Herzfrequenzmonitoring (4)

Atemtest mit natürlichem Kohlenstoffisotop 13 zur Bestimmung der Helicobacterpylori-Elimination (2.1)

Autozyte (s. Dünnschichtzytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms) (3)

B

Baclofen-Therapie bei Spastik mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)

Blasenentleerungsstörungen (s. elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven) (1.4)

Buprenorphingestützte Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit (8)

C

Chinesische Medizin (10)

Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste (7)

Chondrozytentransplantation (autologe) (1.3)

Computertomographie (Scanner) (9.1)

Cornea-Defekte (Deckung von Cornea-Defekten mittels einer Amnionmembran) (6)

D

Deckung von Cornea-Defekten mittels einer Amnionmembran (6)

Defibrillator-Implantation (2.2)

Dünnschichtzytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (3)

E

Eigenbluttransfusion (1.1)

Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Harninkontinenz oder von Blasenentleerungsstörungen (1.4)

Elektrokardiogramm-Langzeitregistrierung (2.2)

Elektrokardiogramm (implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen EKG) (2.2)

- «Elektronisches Ohr» (Tomatis) (7)
- Elektrostimulation der Harnblase (4)
- Elektrostimulation des Rückenmarks durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
- Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
- Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (5)
- Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis (1.4)
- Endoprothesen (1.1)
- Enterale Ernährung zu Hause (2.1)
- Entspannungstherapie nach Ajuriaguerra (8)
- Epilepsie
 - Resektive kurative «Herdchirurgie» (2.3)
 - Palliative Chirurgie (2.3)
- Erektionsstörungen
 - Penisprothese (1.4)
 - Revaskularisationschirurgie (1.4)
- ESCAPE-Methode, ambulanter Opiatzug (8)
- Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur (6)
- Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat (1.3.)
- Extrakorporale Photochemotherapie (2.5)
- Extrakorporale Stosswellenlithotripsie bei Nierensteinen (ESWL) (1.4)

F

- Frischzellentherapie (2.1)
- Früherkennung des Zervixkarzinoms (3)

G

- Gallensteinzertrümmerung (2.1)
- Gruppenpsychotherapie (8)
- Gruppenturnen für übergewichtige Kinder (4)

H

- Haltungsschäden
 - Behandlung von Haltungsschäden (1.3)
- Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation (2.1)
- Hämodialyse (künstliche Niere) (2.1)
- Hämodialyse in Heimbehandlung (2.1)
- Harninkontinenz (s. elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven) (1.4)
- Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten (1.2)
- Heileurythmie (s. anthroposophische Medizin)
- Heroingestützte Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit (8)
- Herz-Lungen-Transplantation (1.2)
- Herzoperationen (1.1)
- Herztransplantation (1.2)
- Hörgerät; Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes (7)
- Homöopathie (10)

Hüftprotector zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen (1.3)

Hyperbare Sauerstofftherapie (2.1)

I

Impfung gegen Tollwut (2.1)

Implantation eines Defibrillators (2.2)

Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes (7)

Implantation eines künstlichen Sphinkters (1.4)

Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

– zur Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen (2.3)

– zur Elektrostimulation des Rückenmarks (2.3)

Implantation von Myopie-Linsen (6)

Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms (2.2)

Insulintherapie mit einer Infusionspumpe (2.1)

Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie (2.2)

Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)

In-vitro-Fertilisation (3)

In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (3)

Isadortherapie (s. anthroposophische Medizin)

Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Faktors alpha (2.5)

K

Kardiale Rehabilitation (2.2)

Klimatherapie am Toten Meer (5)

Knochenanalytische Methoden zur Osteoporoseprävention

– Knochenresorptionsmarker (9.1)

– Knochenformationsmarker (9.1)

Knochendensitometrie (9.1)

Komplementärmedizin (10)

Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (2.5)

Kryoneurolyse (2.3)

Künstliche Insemination (3)

L

Laser bei:

– Cervix-Ca in situ (3)

– Condylomata acuminata (5)

– Diabetischer Retinopathie (6)

– Kapsulotomie (6)

– Naevus teleangiectaticus (5)

– palliativer minimaler Krebschirurgie (2.5)

– Papillomatose der Atemwege (7)

– Retinaleiden (6)

– Trabekulotomie (6)

– Tumoren der Blase und des Penis (1.4)

– Zungenresektion (7)

Laser-Diskushernienoperation / Laserdiskusdekompression (2.3)

Laservaporisierte Palatoplastik (7)

LDL-Apherese (2.1)

Lebertransplantation (1.2)

Low-Level-Laser-Therapie (2.4)

Lungentransplantation (1.2)

M

Magnetische Kernresonanz als bildgebendes Verfahren (MRI) (9.2)

Maintenance of Wakefulness Test (2.1)

Makuladegeneration (Photodynamische Therapie mit Verteporfin) (6)

Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems (2.3)

Messung des Melatoninspiegels im Serum (2.1)

Methadongestützte Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit (8)

Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung (1.3)

Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen (2.3)

Multiple Sleep Latency Test (2.1)

Musiktherapie (8)

Myopie-Korrektur

- durch Excimer-Laser-Behandlung (6)
- durch radiäre Keratotomie (6)
- Implantation von Myopie-Linsen (6)

N

Neuraltherapie (10)

Neurostimulationssystem (2.3)

Nicht chirurgische Ablation des Endometriums (3)

Nierensteinzertrümmerung (1.4)

Nierentransplantation (1.2)

O

Operative Adipositasbehandlung (1.1)

Operative Behandlung bei Erektionsstörungen

- Penisprothese (1.4)
- Revaskularisationschirurgie (1.4)

Operative Mammarekonstruktion (1.1)

Opiatabhängigkeit (Substitutionsbehandlung) (8)

Opiatentzug, ambulant (nach der ESCAPE-Methode) (8)

Opiatentzugseilverfahren (UROD) (8)

Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten (1.3)

Ozon-Injektionstherapie (2.1)

P

Pacemaker (telefonische Überwachung) (2.2)

Palliative Chirurgie der Epilepsie (2.3)

Pankreastransplantation (1.2)

Papanicolaou-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (3)

Parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (ambulant) (2.1)

Parenterale Ernährung zu Hause (2.1)
Parkinsonsche Krankheit (stereotaktische Operation) (2.3)
Peritonealdialyse (2.1)
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin (6)
Phytotherapie (10)
Pionen-Strahlentherapie (9.3)
Plasmapherese (2.1)
Polygraphie (2.1)
Polysomnographie (2.1)
Positron-Emissions-Tomographie (PET) (9.2)
Protonen-Strahlentherapie (9.3)
Psoriasisbehandlung
– mittels PUVA (5)
– mittels selektiver Ultraviolett-Phototherapie (SUP) (5)
Psychodrama (8)
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen (5)

R

Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur (6)
Radiochirurgie (9.3)
Rauschgiftsuchtbehandlung (8)
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie (6)
Rehabilitation für Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen (2.2)
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie (2.3)

S

Sauerstoff-Insufflation (2.2)
Sauerstofftherapie (hyperbare) (2.1)
Scanner (Computertomographie) (9.1)
Schmerztherapie
– Elektrostimulation des Rückenmarks durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
– Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
– Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)
– Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (2.3)
Sehschule (6)
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP) (5)
Sequenzielle peristaltische Druckmassage (2.2)
Serocytotherapie (2.1)
Speichelsteinlithotripsie (7)
Sphinkter
– Implantation eines künstlichen Sphinkters (1.4)
Spiel- und Malthherapie bei Kindern (4, 8)
Spondylodese mit Diskuskäfigen (2.3)
Sprachheilbehandlung (7)

Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen (1.1)

Sterilisation

- bei der Frau (3)
- beim Ehemann (3)

Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronisch therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus) (2.3)

Stimmprothese (7)

Stosswellentherapie in der Orthopädie (1.3)

Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit (8)

Synoviorthese (2.4)

T

Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten (2.2)

Therapiekontrolle durch Video (8)

Thinprep (s. Dünnschichtzytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms) (3.)

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (2.3)

Transmyokardiale Laser-Revaskularisation (2.2)

Transuretrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie (1.4)

U

Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) (8)

Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen (6)

Ultraschalldiagnostik

- in der Geburtshilfe und Gynäkologie (3)

Ultraschallmessung des Knochens (9.1)

Ultraschallvibrationsaerosole (7)

Uroflowmetrie (1.4)

V

Viscum-album-Therapie (s. anthroposophische Medizin)

Viskوسupplementation mit Hylaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose (1.3)

Visuelle evozierte Potenziale (2.3, 6)

W

Weckapparate bei Enuresis (4)

*Anhang 2*¹²¹
(Art. 20)

Mittel- und Gegenstände-Liste

*Anhang 3*¹²²
(Art. 28)

Analysenliste

*Anhang 4*¹²³
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif

¹²¹ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Jan. 2003 (siehe AS **2002** 3670).

¹²² In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Jan. 2003 (siehe AS **2002** 4253 Ziff. II Abs. 2).

¹²³ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 2. Juli 2002 (siehe AS **2002** 3013).

