

# Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 9. Dezember 2002

---

*Das Eidgenössische Departement des Inneren  
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 4 Abs. 1 Bst. d*

<sup>1</sup> 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:

- d. Bildgebende Verfahren:
1. Röntgen des Skelettes,
  2. Computertomographie (CT) des Skelettes,
  3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes,
  4. Szintigrafie des Skelettes.

*Art. 5 Abs. 2 und 4*

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

<sup>4</sup> 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.

*Art. 6 Abs. 2 und 4*

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

<sup>1</sup> SR 832.112.31

<sup>4</sup> 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 in welchem Umfang die Ergotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

*Art. 9c Abs. 3*

<sup>3</sup> 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.

*Art. 12 Bst. p und r*

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG<sup>2</sup>)

Massnahme	Voraussetzung
p Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen (3 Dosen)
r 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.

## II

<sup>1</sup> Der Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 erhält die neue Fassung gemäss Beilage.

<sup>2</sup> Der Anhang 3 «Analysenliste»<sup>3</sup> zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 gilt in der Fassung vom 1. Januar 2003.

## III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2003 in Kraft.

9. Dezember 2002

Eidgenössisches Departement des Innern:

Ruth Dreifuss

<sup>3</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)

*Anhang I*  
(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.

**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
<b>1 Chirurgie</b>			
<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 SwissTransplant-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 multiviszzerale 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
Transuretrale 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
<b>2 Innere Medizin</b>			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektionstherapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei – Chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungspätschäden – 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 thrombozytopenische 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		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.		
	– autolog	Ja	Bei Lymphomen Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei akuter myeloischer Leukämie.	1.1.1997
		Ja	Beim multiplen Myelom.	1.1.2002
		Ja	In Evaluation	1.1.2002 bis 31.12.2006
			Bei myelodysplastischen Syndromen Beim Neuroblastom Beim Medulloblastom Bei der chronisch myeloischen Leukämie Beim Mammakarzinom Beim Keimzelltumor Beim Ovarialkarzinom Beim Ewing-Sarkom Bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor Beim Rhabdomyosarkom Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom Bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter.	
		Nein	Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen Bei kongenitalen Erkrankungen.	1.1.1997
		Nein	In Evaluation	1.1.2002
	– allogene	Ja	Bei Autoimmunerkrankungen Bei akuter myeloischer Leukämie Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei der chronischen myeloischen Leukämie Beim myelodysplastischen Syndrom Bei der aplastischen Anämie Bei Immundefekten und Inborn errors Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender).	1.1.1997

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 verhaltensmäss- sig oder medikamentös, nicht erfolg- reich 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 spinzellulären 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 Herzschrittmarker 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 Neurostimulations-systems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom-schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechen-den Sensibilitätsausfällen in den Derma-tomen, 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 Neuro-stimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Ner-venauriss), 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 Be-handlung der chroni-schen therapie-resistenten parkin-sonischen Krankheit (Radiofrequenzläsio-nen und chronische Stimulationen im Pal-lidum, 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 (Radiofre-quenzläsionen und chronische Stimulati-on des Thalamus) zur Behandlung des chro-nischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkin-sonen Tremors, Progredienz der Sympto-me über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchfüh-rung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neu-roradiologie)	1.7.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	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"> <li>– 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;</li> <li>– der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt haben;</li> <li>– Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen.</li> <li>– 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.</li> <li>– Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen; z.B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation.</li> </ul> </li> </ul>	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"> <li>– Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie»</li> <li>– Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden.</li> </ul>	1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz.</li> <li>– 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.</li> </ul>	
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	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-Diskushernieoperation; 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, Diskushernie rezidiv 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
<i>2.4 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
<b>2.5 Krebsbehandlung</b>			
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
<b>3 Gynäkologie, Geburtshilfe</b>			
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 Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom 2.11.2001 Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.	1.7.2002 bis 31.12.2007
<b>4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie</b>			
Spiel- und Malthherapie 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 Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
<b>5 Dermatologie</b>			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolet-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (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
<b>6 Ophthalmologie</b>			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt selbst oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand optalmologischer 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
<b>7 Oto-Rhino-Laryngologie</b>			
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 perkutane Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996
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
<b>8 Psychiatrie</b>			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen – ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	25.3.1971
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bei der methadongestützten Behandlung: Methadonbericht «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (dritte Auflage) Dezember 1995.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> </li> <li>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.</li> <li>3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ärztliche Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner, frühere Behandlungsstellen).</li> <li>– Erstellen der Diagnose und der Indikation.</li> <li>– Erstellen eines Behandlungsplanes.</li> <li>– Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer.</li> <li>– Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung.</li> <li>– Qualitätssicherung.</li> <li>– Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen.</li> <li>– Evaluation des therapeutischen Prozesses.</li> <li>– Rückfragen bei der Abgabestelle.</li> <li>– Überprüfung der Diagnose und der Indikation.</li> <li>– Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden.</li> <li>– Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer.</li> <li>– Qualitätskontrolle.</li> </ul> <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle.</li> <li>– Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates.</li> <li>– Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde.</li> <li>– Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin.</li> <li>– Beratung.</li> </ul> <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"> <li>– Bei einer klinisch manifesten Osteo- porose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma.</li> <li>– Bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus.</li> <li>– Gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa).</li> <li>– Primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikati- on besteht).</li> <li>– Osteogenesis imperfecta.</li> </ul> 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.	1.1.2001 bis 31.12.2005

## 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 Koronar Anatomie.
- 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.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnose von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen.</li> </ul>	
		<p>c. In der Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Präoperativ bei Hirntumoren.</li> <li>– Präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie.</li> <li>– Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 70 Jahre sind.</li> <li>– Bei therapieresistenter fokaler Epilepsie.</li> </ul>	
		<p>3. Die Untersuchungen müssen im Rahmen der schweizerischen PET-Outcome-Studie zur Erfassung der Kostenauswirkung und des Nutzens beim Patientenmanagement durchgeführt werden.</p>	
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	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithelkarzinome, Adenokarzinome, Adenocystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome oder Hämangiopericytome)</li> </ul>	1.1.2002/ 1.7.2002 bis 31.12.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome)</li> <li>– Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome)</li> <li>– Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist</li> </ul> <p>Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gantry</li> <li>– Moderne Strahlenapplikation (z.B. Spotscanning, IMPT)</li> <li>– Protonenbeschleuniger</li> <li>– Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen</li> <li>– Strahlenschutz, Strahlenüberwachung-Techniksupport</li> <li>– Speziell ausgebildetes Personal (Ärzte, Physiker, nichtakademisches Personal).</li> </ul> <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"> <li>– Akustikusneurinome</li> <li>– Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen</li> <li>– nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome</li> <li>– arterio-venöse Missbildungen</li> <li>– Meningeome.</li> </ul>	1.1.1996
	Nein	<p>In Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei funktionellen Störungen</li> </ul>	1.1.1996
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> </ul>	1.1.2003

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	– 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.	1.4.2003
	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
<b>10 Komplementärmedizin</b>			
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



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
<b>11 Rehabilitation</b>			
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	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.  <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA.</li> <li>– Patienten mit Status nach Bypass-Operation.</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen.</li> <li>– Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren.</li> <li>– Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung.</li> <li>– Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion.</li> </ul> <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"> <li>– erhöhtes kardiales Risiko</li> <li>– verminderte Leistung des Myokards</li> <li>– Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.).</li> </ul>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

---

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<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>	

---

Zur Übereinstimmung der Seitenzahlen in allen  
Amtssprachen der AS bleibt diese Seite leer.