

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

Änderung vom 9. November 2005

Das Eidgenössische Departement des Innern
verordnet:

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995¹ wird wie folgt geändert:

Art. 13 Bst. d

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG²):

Massnahme	Voraussetzung
d. Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: – Bei Schwangeren ab 35 Jahren. – Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL)

Art. 20 Abs. 3

³ Die Mittel- und Gegenständeliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben³.

¹ SR 832.112.31

² SR 832.10

³ Die Mittel- und Gegenständeliste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt und beim Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern oder unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm> eingesehen werden.

4. Abschnitt: Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Art. 38a

¹ Der Selbstbehalt beträgt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten gemäss Artikel 105 Absatz 1^{bis} KVV⁴ bei:

- a. Originalpräparaten, deren Generika in der Spezialitätenliste aufgeführt sind;
- b. Co-Marketing-Präparaten im Sinne von Artikel 2 Buchstabe c der Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts vom 9. November 2001⁵ über die vereinfachte Zulassung und die Meldepflicht von Arzneimitteln (VAZV), die einem Originalpräparat gemäss Buchstabe a entsprechen.

² Verlangt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

³ Der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin informiert den Patienten oder die Patientin, wenn ein Generikum besteht, das in der Spezialitätenliste aufgeführt ist und durch welches das Originalpräparat ersetzt werden kann.

Art. 40 Abs. 1 und 2

¹ 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;
- 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;

⁴ AS 2005 5639

⁵ SR 812.212.23

- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;
- j. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- k. Western States Chiropractic College
2900 N. E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

² Die Kantone können zusätzlich zu den Einrichtungen nach Absatz 1 im Einzelfall eine andere Schule für Chiropraktik als gleichwertig anerkennen. Die Kantone überprüfen die Schule und stellen die Gleichwertigkeit mit den Einrichtungen nach Absatz 1 sicher.

II

¹ Anhang 1 erhält die neue Fassung gemäss Beilage.

² Anhang 2 «Mittel- und Gegenstände-Liste»⁶ gilt in der Fassung vom 1. Januar 2006.

³ Anhang 3 «Analysenliste»⁷ gilt in der Fassung vom 1. Januar 2006.

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

9. November 2005

Eidgenössisches Departement des Innern:

Pascal Couchepin

⁶ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20)

⁷ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)

Anhang 1
(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
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 und Patientinnen, 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
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 Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin).	
		g. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Endolasertherapie von Varizen	Nein		1.1.2004
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	25.3.1971 23.3.1972
Isolierte 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 und Patientinnen 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
Isolierte 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-Leber- transplantation	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder Vertrauensärztin. Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Eingeschlossen sind die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Ver- sicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin. Die Leistungserbringer müssen ein ein- heitliches Evaluationsregister mit jährli- chem Bericht an das BAG führen (Moni- toring: Anzahl Fälle, Indikation, Verlauf bei Empfängern/Spendern, Gesamtkosten bei Empfängern und Spendern separat).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005 bis 30.6.2008
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentrans- plantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am Swiss Transplant- Register teilnehmen.	1.1.2003
Isolierte Pankreas- Transplantation	Nein	In Evaluation	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002
Allotransplantation der Langerhansschen Inseln	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Autotransplantation der Langerhansschen Inseln	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 Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Allogene Transplantation mit zweischichtigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis)	Nein	In Evaluation	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003
Autologes Epidermis-Äquivalent aus Zweischritt-Verfahren	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Zur Behandlung therapierefraktärer venöser oder arterio-venöser Ulcera cruris nach erfolgloser konservativer Therapie, d.h. bei indizierter Eigenhauttransplantation oder nach deren Versagen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006

1.3 Orthopädie, Traumatologie

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
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.1.2004

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
Autologe Chondrozytentransplantation	Nein		1.1.2002/ 1.1.2004
Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung	Ja	In Evaluation Patienten und Patientinnen mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsmassnahmen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	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 – frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss – Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004 Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur. Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.	1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Laser-Meniscectomie	Nein		1.1.2006
<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. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).	22.8.1985
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskularisationschirurgie	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
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Hochenergie Trans- urethrale Mikro- wellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasen- entleerungsstörungen	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 uro- dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behand- lung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2004/ 31.12.2007
Elektrische Neuro- modulation der sakra- len 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 Vertrauens- ärztin. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Reha- bilitation). Nach einem positiven peri- pheren Nerven-Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2003 bis 31.12.2007

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions- therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstoff- therapie	Ja	Bei – chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis – Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung von bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten oder Patien- tinnen.	19.3.1970
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichts- reduktion günstig beeinflusst werden kann	7.3.1974
– durch Amphe- taminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schild- drüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	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
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sonden- freie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Nein		1.7.2002
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: – Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin. – Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden.	27.8.1987/ 1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung.	
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. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		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 Evaluationsdesign 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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– allogen	Ja	In Evaluation – bei myelodysplastischen Syndromen – beim Neuroblastom – beim Medulloblastom – bei der chronisch myeloischen Leukämie – beim Mammakarzinom – beim Keimzelltumor – beim Ovariakarzinom – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor – beim Rhabdomyosarkom – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter.	1.1.2002 bis 31.12.2006
	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 Bei Autoimmunerkrankungen	1.1.2002
	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei der chronischen myeloischen Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender)	1.1.1997
	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 oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.1.1997
	Nein	Bei soliden Tumoren.	1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	In Evaluation – bei Autoimmunkrankheiten – beim Mammakarzinom.	1.1.2002
Gallenstein- zertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	Nein	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome	1.1.1997
	Nein	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 Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie FMH mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001.	1.7.2002/ 1.1.2006
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999.	1.1.2000
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von <i>Helicobacter pylori</i>	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellularen Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinözellularen Karzinomen.	1.7.2002
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökal- klappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms – nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2004/ 1.1.2006
<i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 Ereignisrekorder- system 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 Über- wachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		12.05.1977
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballon- pumpe in der interven- tionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser- Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000
Kardiale Resynchroni- sationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schritt- machers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurfraction $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
Intrakoronare Brachytherapie	Nein	In Evaluation	1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks 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 Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung.	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 Puls-generators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
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	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	<p>Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben – Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie 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. ischialgieförmige Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation 	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 «Herd-epilepsie» 	1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – 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 	1.1.1996/
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.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005
<ul style="list-style-type: none"> – Balkendurchtrennung – Selektive Amygdalohippokampektomie – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation 		<p>Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.</p> <p>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.</p> <p>Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.</p>	
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.1.2004
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochen-transplantat	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"> – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem 	<p>1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004</p>
Bandscheiben-Prothesen	Ja	<p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbar-segmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen <p>Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur.</p> <p>Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i>			
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
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001
<i>2.5 Krebsbehandlung</i>			
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 Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.1.1997/ 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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Ja	In Evaluation Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 cm – keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Strahlenüberwachung: – bei speziell ausgebildetes Personal – bei Vorliegen einer Betriebsbewilligung des BAG für Jod-125 in geschlossener Form Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2008
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
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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause.	1.1.1998
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12 Bst. c KLV)	Ja		1.1.1996
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12 Bst. c KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12 Bst. c KLV)	Nein	In Evaluation	1.7.2002
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammotome, 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
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	– Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 27.7.2004 mit dem Titel «Tension free Vaginal Tape (TVT) zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz» – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.1.2004/ 1.1.2005
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher 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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen	Ja	Im Alter von 0–6 Wochen, durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004
Stationäre wohnort- ferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett- Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbehand- lung 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
– Keloid	Nein		1.1.2004
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo- Phototherapie	Nein	In Evaluation	1.7.2002
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Auf- sicht durchgeführt.	27.3.1969
Visuelle evozierte Potenziale als Gegen- stand ophthalmologischer Spezialunter- suchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lasert 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
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsen-unverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration	1.1.2006
	Ja	In Evaluation – Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration – Pathologische Myopie	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006
		Führung eines einheitlichen Evaluationsregisters mit Mengen- und Kostenstatistik.	bis 31.12.2008
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Laci-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation von Tränengangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	– Mit oder ohne Stent-Einlage – Ausführung durch interventionelle Radiologen und Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung	1.1.2006 bis 31.12.2006

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Scanning-Laser- Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – zur Therapiekontrolle bei schwer behandelbarem Glaukom, zur Evaluati- on vor chirurgischem Eingriff – Evaluation vor retinalen Eingriffen Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff durchgeführt werden soll	1.1.2004
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchge- führt wird (vgl. 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
Lasieranwendung bei: – Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beid- seitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Ver- trauensarztes 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. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/
Implantation eines knochenverankerten perkutane Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkran- kungen und Missbildungen von Mittel- ohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgi- schen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes	1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	
Implantation des Mittel-Ohrimplantat-systems Typ «Vibrant Soundbridge» zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.1.2005
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelstein-lithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutions-behandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: a. Bei der methadongestützten Behandlung: Methadonbericht «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» Dezember 1995 (dritte Auflage); 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 Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information», September 2000.	1.1.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein.</p> <p>3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen:</p> <p>a. ärztliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eintrittsuntersuchung inkl. Sucht-anamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen – Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, 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 	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin – Beratung 	
		4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.	
		5. Für die Substitutionsbehandlung wird eine pauschale Vergütung vereinbart.	
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein	In Evaluation	1.1.1998
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsychotherapie	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 Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher 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-Absorptimetrie (DEXA)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus 	1.3.1995

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	1.1.1999
		– primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht)	
		– Osteogenesis imperfecta Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.3.1995
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen-resorptionsmarker	Nein		1.1.2003
– Knochen-formationsmarker	Nein		1.1.2003
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	1. Durchführung in Zentren, welche die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) vom 1. Juni 2000 über die Qualitätsvoraussetzungen für PET erfüllen.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006
		2. Bei folgenden Indikationen:	
		a. in der Kardiologie:	bis 30.6.2006
		– bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG)	
		– zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronar Anatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkulationsstörung	
		– präoperativ vor einer Herztransplantation.	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> b. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik – Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom – beim Keimzellentumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnostik nach Therapie – beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z. B. Tumormarkererhöhung); Diagnostik zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnostik nach Therapie – beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnostik von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen – bei gastro-oesophagealen Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik – bei HNO-Tumoren: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik c. in der Neurologie: <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 80 Jahre sind – bei therapieresistenter fokaler Epilepsie 	
		3. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen	
		4. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik	
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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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"> – Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithel-karzinome, Adenokarzinome, Adenoidcystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z. B. Paragan gliome oder Hämangiopericytome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist <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 und Ärztinnen, Physiker und Physikerinnen, nichtakademisches Personal) <p>Das Zentrum muss eine Betriebsbewilligung des BAG haben und über ausreichende Erfahrung mit Protonentherapie über mehrere Jahre verfügen.</p> <p>Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.</p>	1.1.2002/ 1.7.2002 bis 31.12.2006
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ 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 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ 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 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999
Anthroposophische Medizin	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Chinesische Medizin	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Homöopathie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Neuraltherapie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Phytotherapie	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

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 und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen	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 und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion <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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003 entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, zertifiziert sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p>	1.1.2005
