

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

Änderung vom 15. November 2012

---

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)  
verordnet:

I

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

*Art. 12a Bst. a, c und h*

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende prophylaktische Impfungen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2012» des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) <sup>2</sup> .  Auf die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln wird vom 1.1.2013 bis zum 31.12.2015 für Personen, die nach dem 31.12.1963 geboren sind, keine Franchise erhoben.
c. Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2012» des BAG und der EKIF.

<sup>1</sup> SR 832.112.31

<sup>2</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahme	Voraussetzung
h. Meningokokken-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2012» des BAG und der EKIF. Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen.  Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
...	

### Art. 12e Bst. a

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung in der allgemeinen Bevölkerung unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose.	Bei Neugeborenen.  Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).  Die Kostenübernahme für die Untersuchung auf Cystische Fibrose erfolgt nur, wenn die Bewilligung nach Artikel 12 GUMG <sup>3</sup> vorliegt und ist befristet bis 31. Dezember 2013.

## II

<sup>1</sup> Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

<sup>2</sup> Anhang 2 («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Anhang 3 («Analysenliste») wird geändert.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> SR 810.12

<sup>4</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Mittel- und Gegenständeliste.

<sup>5</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Analysenliste.

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

15. November 2012

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

Anhang I  
(Art. 1)

Ziff. 1, 2, 4, 5, 9 und 11

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1</b>		<b>Chirurgie</b>	
...			
1.2		<i>Transplantationschirurgie</i>	
...			
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, <i>lege artis</i> durchgeführter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011 <sup>6</sup> . Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012
1.3		<i>Orthopädie, Traumatologie</i>	
...			
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	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 <sup>7</sup> .	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013

<sup>6</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)<sup>7</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	
		...	
<b>2</b>	<b>Innere Medizin</b>		
<b>2.1</b>	<b>Allgemein</b>		
		...	
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation		<p>In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBS<sup>7</sup>) anerkannten Zentren.</p> <p>Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration. Fourth edition» vom Oktober 2008<sup>8</sup>.</p> <p>Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004<sup>9</sup> und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007<sup>10</sup>.</p> <p>Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011

<sup>8</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>9</sup> SR 810.21

<sup>10</sup> SR 810.211

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Lymphomen</li> <li>– bei akuter lymphatischer Leukämie</li> <li>– bei akuter myeloischer Leukämie</li> <li>– beim multiplen Myelom</li> <li>– beim Neuroblastom</li> <li>– beim Medulloblastom</li> <li>– beim Keimzelltumor.</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2013
	Ja	<p>Im Rahmen von klinischen Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei myelodysplastischen Syndromen</li> <li>– bei der chronisch myeloischen Leukämie</li> <li>– beim Ewing-Sarkom</li> <li>– bei Weichteilsarkomen</li> <li>– beim Wilms-Tumor</li> <li>– beim Rhabdomyosarkom.</li> </ul>	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Ja	<p>In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Autoimmunerkrankungen.</li> </ul> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <p>Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.</p>	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>– im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie</li> <li>– im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie</li> <li>– beim Mammakarzinom</li> <li>– beim kleinzelligen Bronchuskarzinom</li> <li>– bei kongenitalen Erkrankungen</li> <li>– beim Ovarialkarzinom</li> <li>– bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter.</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013
– allogene	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bei akuter myeloischer Leukämie</li> <li>– bei akuter lymphatischer Leukämie</li> <li>– bei der chronischen myeloischen Leukämie</li> <li>– beim myelodysplastischen Syndrom</li> <li>– bei der aplastischen Anämie</li> <li>– bei Immundefekten und Inborn errors</li> <li>– bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender)</li> <li>– beim multiplen Myelom</li> <li>– bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2013

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – beim Nierenzellkarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Nein	– beim Mammakarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
...			
Maintenance-of- Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in anerkannten Zentren, gemäss den «Richt- linien zur Zertifizierung von «Zentren für Schlafmedizin» zur Durchführung von Polysomnographien» der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlaf- medizin und Chronobiologie von 1999 <sup>11</sup> .	1.1.2000
...			
2.2		<i>Herz- und Kreislaufkrankungen, Intensivmedizin</i>	
...			
Perkutane interven- tionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffi- zienz		Bei inoperablen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffi- zienz (prädiktive Mortalität von 10 %-15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013
...			

<sup>11</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>	
...			
Bandscheiben- Prothesen	Ja	<p>In Evaluation</p> <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"> <li>– Degeneration von maximal zwei Segmenten</li> <li>– minimale Degeneration der Nachbarsegmente</li> <li>– keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS)</li> <li>– keine primäre segmentale Kyphose (HWS)</li> <li>– Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.</li> </ul> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 bis 31.12.2016</p>



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginnen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 bis 31.12.2013</p>
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESYS)	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch Chirurgen oder Chirurginnen durchgeführt werden, die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt sind, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer liefern dem Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern die für eine nationale Evaluation erforderlichen Daten.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 bis 31.12.2016</p>
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie</b>			
Ambulante multi-professionelle Therapieprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	In Evaluation 1. Therapieindikation: a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.  Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19.12.2006 <sup>12</sup> und No. 1/2011 vom 4.3.2011 <sup>13</sup> .  2. Programme: a. multiprofessioneller Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13.4.2007 <sup>14</sup> , b. ärztlich geleitete Gruppenprogramme, anerkannt durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj.  3. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik: a. Behandlungen im Rahmen des Evaluationsprojektes der SGP und des akj; b. für Behandlungen im Rahmen dieses Evaluationsprojektes wird eine pauschale Vergütung vereinbart.	1.1.2008/ 1.7.2009 bis 31.12.2013

<sup>12</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>13</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>14</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
<b>5</b>		<b>Dermatologie</b>	
...			
Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1.7.2011 <sup>15</sup> .  Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind.  Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.7.2011
...			
<b>9</b>		<b>Radiologie</b>	
...			
9.2		<i>Andere bildgebende Verfahren</i>	
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG) 1. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 <sup>16</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: a. in der Kardiologie: – präoperativ vor einer Herztransplantation.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011

<sup>15</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>16</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. in der Onkologie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 7. April 2008<sup>17</sup> zu FDG-PET.</li> </ul> </li> </ul> Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG) bei folgenden Indikationen:	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011/ 1.1.2013
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. in der Kardiologie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG)</li> <li>– 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 Mikro-zirkulationsstörung.</li> </ul> </li> <li>b. in der Neurologie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie</li> <li>– Abklärung von Demenzen</li> <li>– bei therapieresistenter fokaler Epilepsie.</li> </ul> </li> </ul> Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)	1.1.2011/ 1.1.2013
...			
<b>9.3</b>		<i>Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</i>	
...			
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
...			
<b>11</b>		<b>Rehabilitation</b>	
...			
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/

<sup>17</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. 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> <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> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie (SAKR) für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/ Institutionen vom 15. März 2011<sup>18</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009<sup>19</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010<sup>20</sup>.</p> <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>– Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> </ul>	1.1.2013
	Ja		

<sup>18</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>19</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>20</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.</li> </ul>	1.7.2009/ 1.1.2013
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<sup>21</sup> entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt 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

<sup>21</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

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

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