

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

Änderung vom 5. Juni 2009

*Das Eidgenössische Departement des Innern
verordnet:*

I

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

Art. 2 Grundsatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

² Psychotherapie ist eine Form der Therapie, die:

- a. psychische und psychosomatische Erkrankungen betrifft;
- b. ein definiertes therapeutisches Ziel anstrebt;
- c. vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht, aber eine unterstützende medikamentöse Therapie nicht ausschliesst;
- d. auf einer Theorie des normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut;
- e. die systematische Reflexion und die kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung beinhaltet;
- f. sich durch ein Arbeitsbündnis und durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen auszeichnet; und
- g. als Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie durchgeführt wird.

Art. 3 Kostenübernahme

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Artikel 3b bleibt vorbehalten.

Art. 3a

Aufgehoben

¹ SR 832.112.31

Art. 3b Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

¹ Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten. Der Bericht muss enthalten:

- a. Art der Erkrankung;
- b. Art, Setting, Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Behandlung;
- c. einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, Setting und voraussichtlicher Dauer.

² Der Bericht darf nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

⁴ Der Versicherer teilt der versicherten Person mit Kopie an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang des Berichts beim Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin mit, ob und für welche Dauer die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

Art. 3c und 3d

Aufgehoben

Art. 5 Abs. 1, 1^{bis}, 1^{ter}, 2 und 5

¹ Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neuromuskulären oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:

- a. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung;
- b. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion:
 1. aktive und passive Bewegungstherapie,
 2. manuelle Therapie,
 3. detonisierende Physiotherapie,
 4. Atemphysiotherapie (inkl. Aerosolinhalationen),
 5. medizinische Trainingstherapie,
 6. lymphologische Physiotherapie,
 7. Bewegungstherapie im Wasser,
 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose,
 9. Herz-Kreislauf-Physiotherapie,
 10. urogynäkologische und urologische Physiotherapie;

- c. Physikalische Massnahmen:
1. Wärme- und Kältetherapie,
 2. Elektrotherapie,
 3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
 4. Ultraschall,
 5. Hydrotherapie,
 6. Muskel- und Bindegewebsmassage.

¹bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

¹ter Die medizinische Trainingstherapie beginnt mit einer Einführung in das Training an Geräten und ist maximal drei Monate nach der Einführung abgeschlossen. Der medizinischen Trainingstherapie geht eine physiotherapeutische Einzelbehandlung voran.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959² über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.

Art. 6 Abs. 2 und 5

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.

⁵ Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959³ über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz 4.

Art. 12a

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

² SR 831.20

³ SR 831.20

Massnahme	Voraussetzung
a. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 16 Jahren sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
b. Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.
c. <i>Haemophilus-Influenzae</i> -Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.
d. Impfung gegen Influenza	<p>1. Jährliche Impfung bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei denen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention des BAG, der Arbeitsgruppe Influenza und der EKIF, Stand August 2000; Supplementum XIII, BAG 2000), und bei über 65-jährigen Personen.</p> <p>2. Während einer Influenza-Pandemiebedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei denjenigen Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (gemäss Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005⁴).</p> <p>Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p>

Massnahme	Voraussetzung
e. Hepatitis-B-Impfung	<p>1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind.</p> <p>Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p> <p>2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) und gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.</p>
f. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.
g. Pneumokokken-Impfung	<p>1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene ab 65 Jahren sowie Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Splenektomie, <i>Cochlea</i>-Implantat oder Schädel-Basis-Missbildung oder vor einer Splenektomie oder dem Einlegen eines Cochlea-implantats, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.</p> <p>2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter zwei Jahren und Kinder mit chronischer Vorerkrankung unter fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.</p>
h. Meningokokken-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.
i. Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss den Richtlinien der schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (SVTL) und des BAG von 1996 (Bulletin des BAG 16/1996).

Massnahme	Voraussetzung
j. Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
k. Varizellen-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.
l. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Juni 2007 (BAG-Bulletin Nr. 25, 2007): <ol style="list-style-type: none"> a. Generelle Impfung der Mädchen im Schulalter; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15–19 Jahren. Diese Bestimmung gilt bis zum 31. Dezember 2012. 2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen: <ol style="list-style-type: none"> a. Die Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzlichen Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt; b. Der Einkauf des Impfstoffs erfolgt zentral; c. Die Vollständigkeit der Impfungen (Impfschema gemäss Empfehlungen des BAG und der EKIF) wird angestrebt; d. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert; e. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt. 3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.

Massnahme	Voraussetzung
m. Hepatitis-A-Impfung	<p>Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2009» des BAG und der EKIF.</p> <p>Bei folgenden Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung – bei Kindern aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren – bei drogeninjizierenden Personen – bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern ausserhalb einer stabilen Beziehung. <p>Postexpositionelle Impfung innerhalb von sieben Tagen nach Exposition.</p> <p>Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>
n. Impfung gegen Tollwut	<p>Postexpositionelle Impfung nach Biss durch ein tollwütiges oder tollwutverdächtiges Tier.</p> <p>Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>

Art. 12b Bst. c und d

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
c. HIV-Postexpositionsprophylaxe	<p>Gemäss den Empfehlungen des BAG (BAG-Bulletin Nr. 36, 2006).</p> <p>Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>

Massnahme	Voraussetzung
d. Postexpositionelle passive Immunisierung	Gemäss den Empfehlungen des BAG und der Schweizerischen Kommission für Impffragen (Richtlinien und Empfehlungen «Postexpositionelle passive Immunisierung» vom Oktober 2004). Bei beruflicher 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	Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).

II

¹ Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

² Anhang 2 «Mittel- und Gegenständeliste»⁵ gilt in der Fassung vom 1. Juli 2009.

III

Diese Änderung tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

5. Juni 2009

Eidgenössisches Departement des Innern:
Pascal Couchepin

⁵ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)

Anhang 1

Ziff. 1–5, 9 und 11

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
...			
Operative Adipositas- behandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	In Evaluation a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauens- arzt oder der Vertrauensärztin. b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 65 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 Komor- biditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dysli- pidämie; degenerative behindernde Ver- änderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyper- androgenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter. f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein inter- disziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psycho- therapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). g. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009
...			
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
...			
Hoch intensiver fokussierter Ultra- schall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein	...	1.7.2009
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2		Innere Medizin	
...			
2.1		<i>Allgemein</i>	
...			
<i>Impfung gegen Tollwut</i>		<i>aufgehoben</i>	
...			
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie</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"> – Degeneration von maximal 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbarsegmente – 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>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 bis 31.12.2010</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	In Evaluation 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. Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 bis 31.12.2010
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESIS)	Ja	In Evaluation 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. Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 bis 31.12.2010
...			
2.5		<i>Krebsbehandlung</i>	
...			
<i>Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms</i>		<i>aufgehoben</i>	
...			
3		Gynäkologie, Geburtshilfe	
...			
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom 2. April 2009.	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2007/ 1.7.2009
...			
4		Pädiatrie, Kinderpsychiatrie	
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	1.1.2008/ 1.7.2009 bis 31.12.2013

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>2. Programme:</p> <p>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;</p> <p>b. ärztlich geleitete Gruppenprogramme, zertifiziert durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj.</p> <p>3. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik:</p> <p>a. Behandlungen im Rahmen des Evaluationsprojektes der SGP und des akj;</p> <p>b. für Behandlungen im Rahmen dieses Evaluationsprojektes wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p> <p>...</p>	
5	Dermatologie		
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein	...	1.7.2009
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
9		Radiologie	
...			
9.3		<i>Interventionelle Radiologie</i>	
...			
Selektive interne Radiotherapie (SIRT) zur Behandlung des inoperablen primären Leberzellkarzinoms und inoperabler Lebermetastasen	Nein		1.7.2009
...			
11		Rehabilitation	
...			
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes	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 – Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren). <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie vom 29. März 2001.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 7. März 2009.</p> <p>Die Rehabilitation erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann in folgenden Situationen stationär durchgeführt werden:</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>	
...			

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

