

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

Änderung vom 29. Juni 1999

---

Das Eidgenössische Departement des Innern  
verordnet:

I

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

*Art. 12 Bst. f, i und o*

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

Massnahme	Voraussetzung
f. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung (2 Dosen) gegen Masern, Mumps, Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre. MMR-Impfung und Poliomyelitis-Grundimmunisierung auch bei nicht immunen Erwachsenen
i. Grippe-Impfung (jährlich)	Bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei welchen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention der Fachgruppe für Impffragen; Bundesamt für Gesundheit, 1996), und bei über 65-jährigen Personen.
o. Mammographie	1. Diagnostische Mammographie: Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie,

<sup>1</sup> SR 832.112.31

---

---

Massnahme

Voraussetzung

---

das dokumentiert werden muss. Die Mammographie muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinischer Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>2</sup>

2. Screening Mammographie:

Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre.  
Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie<sup>3</sup>. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.

---

*Art. 24a und 41*

*Aufgehoben*

II

Der Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 erhält die neue Fassung gemäss Beilage.

III

<sup>1</sup> Unter Vorbehalt von Absatz 2 tritt diese Änderung am 1. Januar 2000 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 12 Buchstabe o tritt am 1. Juli 1999 in Kraft.

29. Juni 1999

Eidgenössisches Departement des Innern:  
Dreifuss

<sup>2</sup> Diese Leitlinien können beim Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, eingesehen werden.

<sup>3</sup> AS 1999 2168

*Anhang 1*  
(Art. 1)**Vergütungspflicht  
der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte  
ärztliche Leistungen****Einleitende Bemerkungen**

Dieser Anhang stützt sich auf Artikel 1 der 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
  - 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
- Alphabetischer Index

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1 Chirurgie</b>			
<i>1.1 Allgemein</i>			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät	1.9.1967
Endoprothesen	Ja		27.6.1968
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Amputation	23.8.1984/ 1.3.1995
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c. Der Patient oder die Patientin hat einen Bodymass Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). g. Das Spital muss ein Evaluationsregister führen.	1.1.2000
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	25.3.1971 23.3.1972

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie	31.8.1989
Isolierte Lungen- transplantation	Ja	Bei Patienten im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung  In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois; wenn ein Evaluationsregister geführt wird.	1.4.1994
Herz-Lungen- Transplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Lebertransplantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr)	31.8.1989/ 1.3.1995
Kombinierte Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève; wenn ein Evaluationsregister geführt wird.	1.4.1994
Isolierte Pankreastrans- plantation (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas After Kidney)	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Hautautograft mit ge- züchteten Keratinozyten	Ja	Durchführung in den Universitätsspitalern Zürich und am Centre hospitalier universitaire vaudois	1.1.1997 bis 31.12.2000
Allogene Transplan- tation mit zweischich- tigem, menschlichem, lebendem Haut- äquivalent	Nein	In Evaluation	1.1.2000
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h., wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung.	16.1.1969
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer In- jektion eines künstli- chen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer In- jektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Stosswellentherapie in der Orthopädie	Nein		1.1.1997/ 1.1.2000
Viskosupplementation mit Hyalaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose	Nein		1.1.1998/ 1.1.2000
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
<i>1.4 Urologie</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 verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	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 laser-induzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Harninkontinenz	Nein	In Evaluation	1.1.2000
<b>2 Innere Medizin</b>			
<i>2.1 Allgemein</i>			
Ozon-Injektions- therapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstoff- therapie	Ja	Bei – chronischen Bestrahlungsschäden und Be- strahlungsspätschäden – Osteomyelitis am Kiefer – chronische Osteomyelitis	1.4.1994 1.9.1988
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten	19.3.1970
Behandlung der Adipositas	Ja	– Bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – Bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann.	7.3.1974
– durch Amphetamin- derivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsen- hormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretica	Nein		7.3.1974
– durch Chorion- Gonadotropin- Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	<p>Übernahme der Mietkosten der Pumpe unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Patient ist ein extrem labiler Diabetiker.</li> <li>– Er kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden.</li> <li>– Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung des Patienten erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt, durch einen frei praktizierenden Facharzt mit entsprechender Erfahrung.</li> </ul>	27.8.1987
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997
Plasmapherese	Ja	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hyperviskositätssyndrom</li> <li>– Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>– myastenia gravis</li> <li>– trombotisch trombozytopenische Purpura</li> <li>– immunämolytische Anämie</li> <li>– Leukämie</li> <li>– Goodpasture-Syndrom</li> <li>– Guillain-Barré-Syndrom</li> </ul> </li> <li>– akute Vergiftungen</li> <li>– familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form</li> </ul>	25.8.1988
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie	25.8.1988
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie	1.1.1993/ 1.3.1995
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation – autolog	Ja	Bei Lymphomen Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei akuter myeloischer Leukämie.	1.1.1997
	Ja	Beim myelo-dysplastischen Syndrom Beim multiplen Myelom Beim primären Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko In qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Swiss Transplant Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) Beim Keimzell-Tumor in fortgeschrittenem Stadium Beim Ovarialkarzinom Beim Medulloblastom Beim Neuroblastom	1.1.1997 bis 31.12.2001

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– allogen	Nein	Beim Ewing-Sarkom Beim Wilms-Tumor Beim Rhabdomyosarkom Bei der chronisch-myeloischen Leukämie In Universitätskliniken Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom Im Centre hospitalier universitaire vaudois Die Leistungserbringer müssen ein Evaluationsregister führen.	1.1.1997
	Ja	Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen Bei kongenitalen Erkrankungen Bei akuter myeloischer Leukämie Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei der chronischen myeloischen Leukämie Beim myelo-dysplastischen Syndrom Bei der aplastischen Anämie Bei Immundefekten und Inborn errors Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender) Beim multiplen Myelom	1.1.1997
	Ja	In qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Swiss Transplant Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) Bei der chronisch lymphatischen Leukämie Im Hôpital cantonal universitaire de Genève und im Kantonsspital Basel Beim Non-Hodgkin-Lymphom In den Universitätskliniken Beim Hodgkin-Lymphom Im Hôpital cantonal universitaire de Genève und im Kantonsspital Basel Die Leistungserbringer müssen ein Evaluationsregister führen.	1.1.1997 bis 31.12.2001
	Nein	Die Kosten des Eingriffs beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders. Bei soliden Tumoren	1.1.1997
Gallensteinzertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledokus Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen)	1.4.1994

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegung im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (z.B. epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und wenn daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999	1.3.1995 1.1.1997
	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und nur wenn die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zircadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999	1.1.1997 bis 31.12.2001
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome.	1.1.1997
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
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		
Aktigraphie	Ja		
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori-Elimination	Ja	Die Vergütung des Harnstoffes (13C) richtet sich nach der Spezialitätenliste (SL); die Vergütung der Analyse richtet sich nach der Analysenliste (AL).	1.9.1998
<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	Leistungspflicht	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
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten	Nein		12.05.1977
Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>– Patienten mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>– Patienten nach PTCA, vor allem bei vorläufiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> <li>– Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> <li>– Patienten mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion</li> </ul> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– erhöhtes kardiales Risiko</li> <li>– verminderte Leistung des Myokards</li> <li>– Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.)</li> </ul> <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
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmun- gen infolge Erkrankung des Zentralnerven- systems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Po- tentiale als Gegenstand neurologischer Spezial- untersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarkes durch die Implantation eines Neurostimulations- systems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerz- zustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom Schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelver- wachsungen und entsprechenden Sensibili- tätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Be- strahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimula- tionssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z.B. Hirn-/Rückenmarks- Läsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Implantation eines Neurostimulations- systems zur Behandlung von Bewegungsstörun- gen	Ja	Sofern die Hochfrequenzkoagulation im Thalambusbereich mit erhöhten Komplika- tionsrisiken verbunden ist. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient selber den TENS- Stimulator an, so vergütet ihm der Versiche- rer die Mietkosten des Apparates unter fol- genden Voraussetzungen: – der Arzt oder auf seine Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit der TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben; – der Vertrauensarzt muss die Selbstbe- handlung durch den Patienten als indiziert bestätigt haben; – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslös- bare lokalisierte Schmerzen im Berei- che von Amputationsstümpfen.	23.8.1984

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können wie z.B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome.</li> <li>– Schmerzzuständen nach Nervenkompressionserscheinungen; so z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation.</li> </ul>	
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 Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie»</li> <li>– Schwere Beeinträchtigung des Patienten durch das Anfallsleiden</li> <li>– Nachgewiesene Pharmakotherapiepersistenz</li> <li>– Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.</li> </ul>	1.1.1996
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch <ul style="list-style-type: none"> <li>– Balkendurchtrennung</li> <li>– selektive Amygdalohippokampektomie</li> <li>– multiple subapiale Operation nach Morrell-Whisler</li> <li>– Vagusstimulation</li> </ul>	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sofern die Ablärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.</li> <li>– Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.</li> <li>– Führung eines Evaluationsregisters</li> </ul>	1.1.1996

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Laser-Diskushernienoperation bzw. Laserdiskusdekompression	Nein		1.1.1997
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke	1.1.1997
Spondylodese mittels Diskuskäfigen	Ja, in Evaluation	– Degenerative Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – Nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999– 31.12.2001
<b>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</b>			
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
<b>2.5 Krebsbehandlung</b>			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993
Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha	Ja	Durchführung in einem Universitätsspital	1.1.1997 bis 31.12.1999
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.1.1997
<b>3 Gynäkologie, Geburtshilfe</b>			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Art. 13 Bst. b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft	23.3.1972/ 1.1.1997
Künstliche Insemination	Nein, in Evaluation		22.3.1973/ 1.1.1997
	Ja	– Mittels intra-uteriner homologer Insemination bei einer zervikal bedingten Sterilität	1.1.1997

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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-Ca in situ	Ja		1.1.1993
Nichtchirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause	1.1.1998
<b>4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie</b>			
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle	25.8.1988/ 1.1.1996
<b>5 Dermatologie</b>			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes durchgeführt	11.12.1980

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997
<b>6 Ophthalmologie</b>			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt selbst oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht durchgeführt	27.3.1969
Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Protonen-Strahlentherapie intraokulärer Melanome am Paul-Scherrer-Institut	Ja		28.8.1986
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	Ja	Wenn die Anisometropie nicht durch Brillen korrigiert werden kann und eine Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht.	1.1.1997
Implantation von Myopie-Linsen	Nein	In Evaluation	1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>7 Oto-Rhino-Laryngologie</b>			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt selbst vorgenommen oder unter dessen unmittelbarer Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. aber auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschallvibrations-aerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Laser bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spätertaubten Erwachsenen In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspital Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern; wenn ein Evaluationsregister geführt wird. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelsteinlithotripsie	Ja	In spezialisierten Zentren, die ein Evaluationsregister führen.	1.1.1997 bis 31.12.1999

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>8 Psychiatrie</b>			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schwerem Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Methadonbehandlung	Ja	Die Leistungspflicht für die methadonunterstützte Behandlung Heroinabhängiger besteht: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wenn eine Entzugs- oder eine Entwöhnungsbehandlung keinen Erfolg verspricht. In der Regel müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 der Patient oder die Patientin ist mindestens 18 Jahre alt;</li> <li>1.2 die Opiatabhängigkeit besteht seit mindestens einem Jahr;</li> <li>1.3 nach ärztlicher Fachmeinung ist eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung zur Zeit nicht indiziert.</li> </ol> </li> <li>2. Der behandelnde Arzt bestätigt dem Vertrauensarzt des Versicherers, <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 dass die Indikationen nach Ziffer 1 gegeben sind oder warum eine Ausnahme zu machen ist;</li> <li>2.2 dass die nach Artikel 15a Absatz 5 des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121) erforderliche kantonale Bewilligung vorliegt; dem Vertrauensarzt ist eine Kopie der Bewilligung abzugeben;</li> <li>2.3 dass die nach zwei Jahren vorgenommene Überprüfung der Indikation für eine Fortsetzung der Methadonbehandlung spricht; dabei hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin sich auch zur notwendigen Dosis zu äussern.</li> </ol> </li> <li>3. Die Behandlung wird nach den Empfehlungen des dritten Methadonberichtes vom Dezember 1995 durchgeführt.</li> </ol>	31.8.1989/ 1.1.1997
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei entzugswilligen mono-opiatabhängigen Patienten oder Patientinnen.</li> <li>– Im Rahmen einer umfassenden körperlichen Entzugsbehandlung</li> <li>– In einer vom Kanton anerkannten Institution, die an einer multizentrischen Studie mit gemeinsamem Protokoll unter der Koordination einer Universitätsklinik teilnimmt.</li> </ul>	1.1.1998 bis 31.12.2000



Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Knochendensitometrie zur Osteoporoseprävention mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja, in Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und</li> <li>– Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen.</li> <li>– Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.</li> </ul>	1.1.1996 bis 31.12.2000
Knochendensitometrie zur Osteoporoseprävention mittels peripherem quantitativem CT (pQTC)	Ja, in Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und</li> <li>– Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen.</li> <li>– Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.</li> </ul>	1.1.1996 bis 31.12.2000
Ultraschallmessung des Knochens	Ja, in Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenterstudie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden und</li> <li>– Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen.</li> <li>– Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistungen einen gesamtschweizerischen Tarif.</li> </ul>	1.1.1996 bis 31.12.2000
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochenresorptionsmarker	Ja, in Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und</li> <li>– Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen.</li> <li>– Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.</li> </ul>	1.1.1996 bis 31.12.2000
– Knochenformationsmarker	Ja, in Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und</li> <li>– Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen.</li> <li>– Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.</li> </ul>	1.1.1996 bis 31.12.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kern- resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions- Tomographie	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei therapieresistenter fokaler Epilepsie</li> <li>– Präoperativ bei Hirntumoren</li> <li>– Präoperativ vor einer aufwendigen Revas- kularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie</li> <li>– Präoperativ vor einer Herztransplantation</li> <li>– Tumorstaging von nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom</li> </ul>	1.4.1994
		In der Onkologie	1.1.1997
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei malignen Lymphomen: Staging; Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik</li> <li>– Beim Keimzelltumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnose nach Thera- pie</li> <li>– Beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z.B. Tumormarkererhöhung); Diagnose zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor; Resttumor- diagnose nach Therapie</li> <li>– Beim Mammakarzinom: Lymphkno- tenstaging; Diagnose von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen</li> </ul>	1.1.1999
		In der Neurologie	
		– Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 70 Jahre sind	
		In der Kardiologie	
		– Bei einem nuklearkardiologisch, echokar- diographisch oder koronarangiographisch dokumentierten Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer In- tervention (PTCA/CABG) zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angio- graphisch dokumentierter Dreifässer- krankung, z.B. auch nach Bypass bei komplexer Koronaranatomie	
		In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universi- taire de Genève, Universitätsspital Zürich; wenn ein Evaluationsregister geführt wird.	1.4.1994
<i>9.3 Interventionelle Radiologie</i>			
Pionen-Strahlen- therapie	Nein	In Evaluation	1.1.1993
Radiochirurgie	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indikationen:</li> <li>– Akustikusneurinome</li> <li>– Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen</li> <li>– nicht radikal operable Hypophysenade-</li> </ul>	1.1.1996

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>nome oder Kraniopharyngeome</li> <li>– arterio-venöse Missbildungen</li> <li>– Meningeome</li> <li>– Bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen. Die Leistungserbringer (Gamma Knife und LINAC) müssen ein Evaluationsregister führen und die Kosten erfassen.</li> <li>– Bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 ccm bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist. Die Leistungserbringer (Gamma Knife und LINAC) müssen ein Evaluationsregister führen und die Kosten erfassen.</li> </ul>	1.1.1999– 31.12.2002
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Evaluation</li> <li>– bei funktionellen Störungen</li> </ul>	1.1.1996
<b>10. Komplementärmedizin</b>			
Akupunktur	Ja	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999
Anthroposophische Medizin	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005
Chinesische Medizin	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005
Homöopathie	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005
Neuraltherapie	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005
Phytotherapie	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005

## Alphabetischer Index

### A

#### Adipositasbehandlung

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

Allogene Transplantation mit zweischichtigem menschlichem lebendem Hautäquivalent (1.2)

Aktigraphie (2.1)

Akupunktur (10)

Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (2.1)

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

Anthroposophische Medizin (10)

#### Arthrosebehandlung

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

Atemmonitoring (4.)

Atem- und Herzfrequenzmonitoring (4.)

Atemtest mit natürlichem Kohlenstoffisotop <sup>13</sup> zur Bestimmung der Helicobacterpylori-Elimination (2.1)

### B

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

### C

Chinesische Medizin (10)

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

Computertomographie (Scanner) (9.1)

### D

Defibrillator-Implantation (2.2)

### E

Eigenbluttransfusion (1.1)

Elektrische Neuromodulation der sakralen Spiralnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Harninkontinenz (1.4)

Elektrokardiogramm-Langzeitregistrierung (2.2)

«Elektronisches Ohr» (Tomatis) (7.)

Elektrostimulation der Harnblase (4.)

Elektrostimulation des Rückenmarks durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (5.)  
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis (1.4)  
Endoprothesen (1.1)  
Enterale Ernährung zu Hause (2.1)  
Entspannungstherapie nach Ajuriaguerra (8.)  
Epilepsie  
– Resektive kurative «Herdchirurgie» (2.3)  
– Palliative Chirurgie (2.3)  
Erektionsstörungen  
– Penisprothese (1.4)  
– Revaskularisationschirurgie (1.4)  
ESCAPE-Methode, ambulanter Opiatzug (8)  
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur (6.)  
Extrakorporelle Photochemotherapie (2.5)  
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie bei Nierensteinen (ESWL) (1.4)

## **F**

Frischzellentherapie (2.1)

## **G**

Gallensteinertrümmerung (2.1)  
Gruppenpsychotherapie (8.)  
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder (4.)

## **H**

Haltungsschäden  
– Behandlung von Haltungsschäden (1.3)  
Hämatopoietische Stammzell-Transplantation (2.1)  
Hämodialyse (künstliche Niere) (2.1)  
Hämodialyse in Heimbehandlung (2.1)  
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten (1.2)  
Heileurythmie (s. anthroposophische Medizin)  
Herz-Lungen-Transplantation (1.2)  
Herzoperationen (1.1)  
Herztransplantation (1.2)  
Hörgerät; Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes (7.)  
Homöopathie (10)  
Hüftprotector zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen (1.3)  
Hyperbare Sauerstofftherapie (2.1)

## **I**

Impfung gegen Tollwut (2.1)  
Implantation eines Defibrillators (2.2)  
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes (7.)

- Implantation eines künstlichen Sphinkters (1.4)
- Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
  - zur Behandlung von Bewegungsstörungen (2.3)
  - zur Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen (2.3)
  - zur Elektrostimulation des Rückenmarks (2.3)
- Implantation von Myopie-Linsen (6.)
- Insulintherapie mit einer Infusionspumpe (2.1)
- Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie (2.2)
- Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)
- In-vitro-Fertilisation (3.)
- In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (3.)
- Iscauthorapie (s. anthroposophische Medizin)
- Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Faktors alpha (2.5)

**K**

- Kardiale Rehabilitation (2.2)
- Klimatherapie am Toten Meer (5.)
- Knochenanalytische Methoden zur Osteoporoseprävention
  - Knochenresorptionsmarker (9.1)
  - Knochenformationsmarker (9.1)
- Knochendensitometrie (9.1)
- Komplementärmedizin (10)
- Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (2.5)
- Kryoneurolyse (2.3)
- Künstliche Insemination (3.)

**L**

Laser bei:

- Cervix-Ca in situ (3.)
  - Condylomata acuminata (5.)
  - Diabetischer Retinopathie (6.)
  - Kapsulotomie (6)
  - Naevus teleangiectaticus (5.)
  - palliativer minimaler Krebschirurgie (2.5)
  - Papillomatose der Atemwege (7.)
  - Retinaleiden (6.)
  - Trabekulotomie (6.)
  - Tumoren der Blase und des Penis (1.4)
  - Zungenresektion (7.)
- Laser-Diskushernienoperation / Laserdiskusdekompression (2.3)
- Laser-Vaporisierte Palatoplastik (7.)
- LDL-Apherese (2.1)

Lebertransplantation (1.2)  
Lungentransplantation (1.2)

## **M**

Magnetische Kernresonanz als bildgebendes Verfahren (MRI) (9.2)  
Maintenance of Wakefulness Test (2.1)  
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems (2.3)  
Messung des Melatoninspiegels im Serum (2.1)  
Methadonbehandlungen (8.)  
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthroesebehandlung (1.3)  
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen (2.3)  
Multiple Sleep Latency Test (2.1)  
Musiktherapie (8.)  
Myopie-Korrektur

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

## **N**

Neuraltherapie (10)  
Neurostimulationssystem (2.3)  
Nichtchirurgische Ablation des Endometriums (3.)  
Nierensteinzertrümmerung (1.4)  
Nierentransplantation (1.2)

## **O**

Operative Adipositasbehandlung (1.1)  
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen

- Penisprothese (1.4)
- Revascularisationschirurgie (1.4)

Operative Mammarekonstruktion (1.1)  
Opiantzug, ambulant (nach der ESCAPE-Methode) (8)  
Opiantzugseilverfahren (UROD) (8.)  
Ozon-Injektionstherapie (2.1)

## **P**

Pacemaker (telefonische Überwachung) (2.2)  
Palliative Chirurgie der Epilepsie (2.3)  
Pankreastransplantation (1.2)  
Parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (ambulant) (2.1)  
Parenterale Ernährung zu Hause (2.1)  
Peritonealdialyse (2.1)  
Phytotherapie (10)  
Pionen-Strahlentherapie (9.3)

- Plasmapherese (2.1)
- Polygraphie (2.1)
- Polysomnographie (2.1)
- Positron-Emissions-Tomographie (9.2)
- Protonen-Strahlentherapie (6.)
- Psoriasisbehandlung
  - mittels PUVA (5.)
  - mittels selektiver Ultraviolett-Phototherapie (SUP) (5.)
- Psychodrama (8.)
- PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen (5.)

## R

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

## S

- Sakralnervstimulation zur Behandlung der Harninkontinenz (1.4)
- Sauerstoff-Insufflation (2.2)
- Sauerstofftherapie (hyperbare) (2.1)
- Scanner (Computertomographie) (9.1)
- Schmerztherapie
  - Elektrostimulation des Rückenmarks durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
  - Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)
  - Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)
  - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (2.3)
- Sehschule (6.)
- Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP) (5.)
- Sequentielle peristaltische Druckmassage (2.2)
- Serocytotherapie (2.1)
- Speichelsteinlithotripsie (7.)
- Sphinkter
  - Implantation eines künstlichen Sphinkters (1.4)
- Spiel- und Malthherapie bei Kindern (4., 8.)
- Spondylodese mit Diskuskäfigen (2.3)
- Sprachheilbehandlung (7.)
- Sterilisation
  - bei der Frau (3.)
  - beim Ehemann (3.)

Stimmprothese (7.)  
Stosswellentherapie in der Orthopädie (1.3.)  
Synoviorthese (2.4)

**T**

Telephonische Überwachung von Pacemaker-Patienten (2.2)  
Therapiekontrolle durch Video (8.)  
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (2.3)  
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation (2.2)  
Transurethrale ultraschallgesteuerte laser-induzierte Prostatektomie (1.4)

**U**

Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) (8.)  
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen (6.)  
Ultraschalldiagnostik  
– in der Geburtshilfe und Gynäkologie (3.)  
Ultraschallmessung des Knochens (9.1)  
Ultraschallvibrationsaerosole (7.)  
Uroflowmetrie (1.4)

**V**

Viscum-album-Therapie (s. anthroposophische Medizin)  
Viskosupplementation mit Hylaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose (1.3.)  
Visuelle evozierte Potentiale (2.3, 6.)

**W**

Weckapparate bei Enuresis (4.)

10514

Zur Übereinstimmung der Seitenzahlen in allen  
Amtssprachen der AS bleiben diese Seiten leer.