

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

Änderung vom 30. November 2004

*Das Eidgenössische Departement des Innern
verordnet:*

I

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

Art. 7 Abs. 1 Bst. a

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);

Art. 8 Abs. 1

¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.

Art. 9 Abs. 3

³ Für die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind.

Art. 9a Abs. 1 und 2

¹ Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden:

¹ SR 832.112.31

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in einfachen und stabilen Situationen: 30–47 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in instabilen und komplexen Situationen sowie für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 45–68 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 50–73 Franken.

² Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG²) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

- a. für die erste Pflegebedarfsstufe: 10–20 Franken
- b. für die zweite Pflegebedarfsstufe: 15–40 Franken
- c. für die dritte Pflegebedarfsstufe: 30–65 Franken
- d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: 40–80 Franken.

Art. 9c Abs. 1

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht wird:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung;
- b. von einer nach Artikel 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.

Art. 12 Bst. f, g, h, i, k, m Ziff. 2., r, s, v, x, y

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG³):

| Massnahme | Voraussetzung |
|--|---|
| f. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln | Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen»-des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). |
| g. Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie | Bei Personen über 16 Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des BAG und der EKIF. |
| h. Haemophilus-Influenzae-Impfung | Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss «Impfplan für routinemässige Schutzimpfungen» des BAG und der EKIF. |
| i. Impfung gegen Influenza | 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. |

| Massnahme | Voraussetzung |
|---|---|
| k. Hepatitis-B-Impfung | <p>1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind.</p> <p>Bei beruflicher Indikation ist die Impfung vom Arbeitgeber zu bezahlen.</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 2000 (Bulletin des BAG 44/2000).</p> <p>Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006.</p> |
| m. Pneumokokken-Impfung | <p>2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter fünf Jahren gemäss den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen von 2001 und 2003 (Bulletin des BAG 29/2001 und 35/2003).</p> |
| r. <i>Aufgehoben</i> | |
| s. In-vitro-Muskelkontraktur-Test zur Erkennung einer Prädisposition für maligne Hyperthermie | <p>Bei Personen nach einem Anästhesiezwischenfall mit Verdacht auf maligne Hyperthermie und bei Blutsverwandten ersten Grades von Personen, bei denen eine maligne Hyperthermie unter Anästhesie bekannt ist und eine Prädisposition für maligne Hyperthermie dokumentiert ist.</p> <p>In einem Zentrum, das von der European Malignant Hyperthermia Group anerkannt ist.</p> |

| Massnahme | Voraussetzung |
|--|--|
| v. Genetische Beratung, Indikationsstellung für genetische Untersuchungen und Veranlassen der dazugehörigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL) bei Verdacht auf das Vorliegen einer Prädisposition für eine familiäre Krebskrankheit. | <p>Bei Patienten und Patientinnen und Angehörigen ersten Grades von Patienten und Patientinnen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hereditärem Brust- oder Ovarialkrebsyndrom – Polyposis Coli/Attenuierter Form der Polyposis Coli – hereditärem Colocarzinom-Syndrom ohne Polyposis (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC) – Retinoblastom <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen medizinische Genetik oder Mitglieder des «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» des Schweizerischen Institutes für Angewandte Krebsforschung (SIAK), die den Nachweis einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin medizinische Genetik erbringen können.</p> |
| x. Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) | <p>Bei Personen, die sich häufig in der Natur der Endemiegebiete aufhalten, gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom März 2003 (http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/wissenschaft/d/fsme_empf.pdf).</p> <p>Bei beruflicher Indikation ist die Impfung vom Arbeitgeber zu bezahlen.</p> |
| y. Varizellen-Impfung | <p>Impfung von nicht immunen Jugendlichen und Erwachsenen sowie spezifischer Risikogruppen gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom November 2004 (BAG-Bulletin Nr. 45, 2004).</p> |

Art. 20 Abs. 3

³ Die Mittel- und Gegenstände-Liste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben⁴.

Art. 28 Abs. 2

² Die Analysenliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben⁵.

II

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

² Anhang 2 «Mittel- und Gegenstände-Liste»⁶ zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 gilt in der Fassung vom 1. Januar 2005.

³ Anhang 3 «Analysenliste»⁷ zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 gilt in der Fassung vom 1. Januar 2005.

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

30. November 2004

Eidgenössisches Departement des Innern:

Pascal Couchepin

⁴ Die Mittel- und Gegenstände-Liste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt und beim Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern oder unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm> eingesehen werden.

⁵ Die Analysenliste kann beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt und beim Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern oder unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm> eingesehen werden.

⁶ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20)

⁷ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)

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

Dieser Anhang stützt sich auf Artikel 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung. Er enthält keine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Er enthält:

- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit durch die Leistungskommission geprüft wurde und deren Kosten demgemäss übernommen, allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder gar nicht übernommen werden
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden
- besonders kostspielige oder schwierige Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von hierfür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Allgemein
 - 1.2 Transplantationschirurgie
 - 1.3 Orthopädie, Traumatologie
 - 1.4 Urologie und Proktologie
 - 2 Innere Medizin
 - 2.1 Allgemein
 - 2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin
 - 2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie
 - 2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie
 - 2.5 Krebsbehandlung
 - 3 Gynäkologie, Geburtshilfe
 - 4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie
 - 5 Dermatologie
 - 6 Ophthalmologie
 - 7 Oto-Rhino-Laryngologie
 - 8 Psychiatrie
 - 9 Radiologie
 - 9.1 Röntgendiagnostik
 - 9.2 Andere bildgebende Verfahren
 - 9.3 Interventionelle Radiologie
 - 10 Komplementärmedizin
 - 11 Rehabilitation
- Alphabetischer Index

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|------------------------------------|
| 1 Chirurgie | | | |
| <i>1.1 Allgemein</i> | | | |
| Massnahmen bei Herzoperationen | Ja | Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät. | 1.9.1967 |
| Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen | Ja | Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: – schwer verkalkte Aorta – Nierenversagen – chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen – hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: – tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (>1,5 mm) Gefässe – peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie | 1.1.2002 |
| Operative Mammarekonstruktion | Ja | Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Amputation. | 23.8.1984/ 1.3.1995 |
| Eigenbluttransfusion | Ja | | 1.1.1991 |
| Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty) | Ja | In Evaluation a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin. b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c. Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: Arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter. | 1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|------------------------------------|
| | | f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). | |
| | | g. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | |
| Adipositasbehandlung mit Magenballons | Nein | | 25.8.1988 |
| Radiofrequenztherapie zur Behandlung von Varizen | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Endolasertherapie von Varizen | Nein | | 1.1.2004 |
| <i>1.2 Transplantationschirurgie</i> | | | |
| Isolierte Nierentransplantation | Ja | Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin. | 25.3.1971 23.3.1972 |
| Isolierte Herztransplantation | Ja | Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie. | 31.8.1989 |
| Isolierte Nicht-Lebend-Lungen-transplantation | Ja | Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen. | 1.1.2003 |
| Herz-Lungen-transplantation | Nein | | 31.8.1989/ 1.4.1994 |
| Isolierte Lebertransplantation | Ja | Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr). | 31.8.1989/ 1.3.1995 |
| Lebend-Leber-transplantation | Nein | In Evaluation | 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|--|
| Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation | Ja | In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, sofern sie am SwissTransplant-Register teilnehmen. | 1.1.2003 |
| Isolierte Pankreas-Transplantation | Nein | In Evaluation | 31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002 |
| Allotransplantation der Langerhansschen Inseln | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Autotransplantation der Langerhansschen Inseln | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Isolierte Dünndarmtransplantation | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten | Ja | Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche | 1.1.1997/ 1.1.2001 |
| Allogene Transplantation mit zweischichtigem lebendem Hautäquivalent (bestehend aus Dermis und Epidermis) | Nein | In Evaluation | 1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003 |
| Autologes Epidermis-Äquivalent aus Zweischritt-Verfahren | Ja | In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Zur Behandlung therapierefraktärer venöser oder arterio-venöser Ulcera cruris nach erfolgloser konservativer Therapie, d.h. bei indizierter Eigenhauttransplantation oder nach deren Versagen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|---|---|
| <i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i> | | | |
| Behandlung von Haltungsschäden | Ja | Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h. wenn durch Röntgenaufnahmen feststellbare Strukturveränderungen oder Fehlbildungen der Wirbelsäule manifest geworden sind. Prophylaktische Massnahmen, die zum Ziel haben, drohende Skelettveränderungen zu verhindern, namentlich Spezialgymnastik zur Stärkung eines schwachen Rückens, gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung. | 16.1.1969 |
| Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels | Nein | | 25.3.1971 |
| Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel» | Nein | | 12.5.1977 |
| Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung | Nein | | 1.1.1997 |
| Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat | Nein | In Evaluation | 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002 |
| Radiale Stosswellentherapie | Nein | | 1.1.2004 |
| Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen | Nein | | 1.1.1999/ 1.1.2000 |
| Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten | Nein | | 1.1.2002 |
| Autologe Chondrozytentransplantation | Nein | | 1.1.2002/ 1.1.2004 |
| Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung | Ja | In Evaluation Patienten und Patientinnen mit schmerzhafter Gonarthrose und eingeschränkter Bewegungsfreiheit, welche nicht mehr auf Analgetika oder andere konservative Behandlungsformen ansprechen, resp. bei denen diese Behandlungsformen kontraindiziert sind. Langfristiges Ziel der Behandlung ist das Hinauszögern einer prothetischen Versorgung. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 bis 31.12.2006 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|--|
| Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen | Ja | <ul style="list-style-type: none"> – Behandlungen, die im Rahmen der schweizerischen randomisierten kontrollierten Studie (SVISCOT) zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung der Viskosupplementation durchgeführt werden – Für die Viskosupplementationsbehandlung im Rahmen der SVISCOT wird eine pauschale Vergütung vereinbart – frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss – Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004 <p>Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur.</p> <p>Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.</p> | 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007 |
| <i>1.4 Urologie und Proktologie</i> | | | |
| Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung) | Ja | Bei Erwachsenen. | 3.12.1981 |
| Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung | Ja | <p>Indikationen: ESWL eignet sich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des proximalen Ureters, <p>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.</p> | 22.8.1985 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|--|
| | | Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte). | |
| Operative Behandlung bei Erektionsstörungen | | | |
| – Penisprothese | Nein | | 1.1.1993/ 1.4.1994 |
| – Revaskulari- sationschirurgie | Nein | | 1.1.1993/ 1.4.1994 |
| Implantation eines künstlichen Sphinkters | Ja | Bei schwerer Harninkontinenz. | 31.8.1989 |
| Laser bei Tumoren der Blase und des Penis | Ja | | 1.1.1993 |
| Embolisations- behandlung bei Varikozele testis | | | |
| – mittels Verödungs- oder Coilmethode | Ja | | 1.3.1995 |
| – mittels Balloons oder Mikrocoils | Nein | | 1.3.1995 |
| Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie | Nein | | 1.1.1997 |
| Hochenergie Trans- urethrale Mikro- wellentherapie (HE-TUMT) | Nein | | 1.1.2004 |
| Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantier- baren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasen- entleerungsstörungen | Ja | In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin An einer anerkannten Institution mit uro- dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behand- lung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2004/ 31.12.2007 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|-------------------------------|
| Elektrische Neuro- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz | Ja | In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peri- pheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Reha- bilitation). Nach einem positiven peri- pheren Nerven-Evaluationstest (PNE). Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.1.2003 bis 31.12.2007 |
| 2 Innere Medizin | | | |
| <i>2.1 Allgemein</i> | | | |
| Ozon-Injektions- therapie | Nein | | 13.5.1976 |
| Hyperbare Sauerstoff- therapie | Ja | Bei – chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden – Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis | 1.4.1994 1.9.1988 |
| Frischzelltherapie | Nein | | 1.1.1976 |
| Serocytotherapie | Nein | | 3.12.1981 |
| Impfung gegen Tollwut | Ja | Bei Behandlung von bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten oder Pati- entinnen. | 19.3.1970 |
| Behandlung der Adipositas | Ja | – bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichts- reduktion günstig beeinflusst werden kann | 7.3.1974 |
| – durch Amphe- taminderivate | Nein | | 1.1.1993 |
| – durch Schild- drüsenhormon | Nein | | 7.3.1974 |
| – durch Diuretika | Nein | | 7.3.1974 |
| – durch Chorion- Gonadotropin- Injektionen | Nein | | 7.3.1974 |
| Hämodialyse («künstliche Niere») | Ja | | 1.9.1967 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|---|------------------------------------|
| 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 |
| Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause | Nein | | 1.7.2002 |
| Parenterale Ernährung zu Hause | Ja | | 1.3.1995 |
| Insulintherapie mit einer Infusionspumpe | Ja | Unter folgenden Voraussetzungen: – Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin. – Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. – Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung. | 27.8.1987/ 1.1.2000 |
| Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe | Ja | | 1.1.1997 |
| Plasmapherese | Ja | Indikationen: – Hyperviskositätssyndrom – Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere: – myastenia gravis – trombotisch trombozytopenische Purpura – immunhämolytische Anämie – Leukämie – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom. – akute Vergiftungen – familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form | 25.8.1988 |
| LDL-Apherese | Ja | Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt. | 25.8.1988/ 1.1.2005 |
| | Nein | Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie. | 1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab | |
|--|---|--|------------------------|----------|
| Hämatopoïetische Stammzell-Trans- plantation | – autolog | In den durch die Zertifizierungsstelle der Swiss Transplant-Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) qualifizierten Zentren, gemäss den von «The Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE)» herausgegebenen Richtlinien: «Accreditation Manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collection and Transplantation» von Mai 1999. | | |
| | | Die Leistungserbringer müssen ein einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik führen. | | |
| | | – bei Lymphomen | 1.1.1997 | |
| | | – bei akuter lymphatischer Leukämie | | |
| | | – bei akuter myeloischer Leukämie | | |
| | | Ja | Beim multiplen Myelom. | 1.1.2002 |
| | | Ja | In Evaluation | 1.1.2002 |
| | | – bei myelodysplastischen Syndromen | bis | |
| | | – beim Neuroblastom | 31.12.2006 | |
| | | – beim Medulloblastom | | |
| – bei der chronisch myeloischen Leukämie | | | | |
| – beim Mammakarzinom | | | | |
| – beim Keimzelltumor | | | | |
| – beim Ovarialkarzinom | | | | |
| – beim Ewing-Sarkom | | | | |
| – bei Weichteilsarkomen und beim Wilms-Tumor | | | | |
| – beim Rhabdomyosarkom | | | | |
| – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom | | | | |
| – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter. | | | | |
| Nein | – im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie | 1.1.1997 | | |
| – im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie | | | | |
| – beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen | | | | |
| – bei kongenitalen Erkrankungen. | | | | |
| Nein | In Evaluation | 1.1.2002 | | |
| Bei Autoimmunerkrankungen | | | | |
| – allogen | Ja | – bei akuter myeloischer Leukämie | 1.1.1997 | |
| – bei akuter lymphatischer Leukämie | | | | |
| – bei der chronischen myeloischen Leukämie | | | | |
| – beim myelodysplastischen Syndrom | | | | |
| – bei der aplastischen Anämie | | | | |
| – bei Immundefekten und Inborn errors | | | | |
| – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender) | | | | |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---------------------------------|-----------------------|--|------------------------------------|
| | Ja | In Evaluation – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie) – beim Nierenzellkarzinom – beim Melanom | 1.1.2002 bis 31.12.2006 |
| | | Die Kosten des Eingriffs beim Spender oder bei der Spenderin samt der Behand- lung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin. | 1.1.1997 |
| | Nein | Bei soliden Tumoren. | 1.1.1997 |
| | Nein | In Evaluation – bei Autoimmunkrankheiten – beim Mammakarzinom. | 1.1.2002 |
| Gallenstein- zertrümmerung | Ja | Intrahepatische Gallensteine; extrahepati- sche Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patien- ten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen). | 1.4.1994 |
| Polysomnographie Polygraphie | Ja | Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus thera- peutische Konsequenzen erwachsen Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richt- linien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001. | 1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002 |
| | Nein | Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrosi- tis und des Chronic fatigue syndrome | 1.1.1997 |
| | Nein | In Evaluation | 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|-------------------------------|
| Polygraphie | Ja | In Evaluation Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie FMH mit Ausbildung in und praktischer Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 6.9.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.7.2002 bis 31.12.2005 |
| 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 | Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999. | 1.1.2000 |
| Aktigraphie | Ja | Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999. | 1.1.2000 |
| Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori | Ja | | 16.9.1998/ 1.1.2001 |
| Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure | Ja | Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellulären Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinözellulären Karzinomen. | 1.7.2002 |
| Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung | Nein | | 1.1.2004 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|------------------------|
| Kapselendoskopie zur Abklärung von Blutungen unbekannter Ursache des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe | Ja | Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. | 1.1.2004 |
| <i>2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i> | | | |
| Sauerstoff-Insufflation | Nein | | 27.6.1968 |
| Sequentielle peristaltische Druckmassage | Ja | | 27.3.1969/ 1.1.1996 |
| EKG-Langzeitregistrierung | Ja | Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen. | 13.5.1976 |
| Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms | Ja | Gemäss den Richtlinien der Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000. | 1.1.2001 |
| Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen | Nein | | 12.05.1977 |
| Implantation eines Defibrillators | Ja | | 31.8.1989 |
| Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie | Ja | | 1.1.1997 |
| Transmyokardiale Laser-Revaskularisation | Nein | In Evaluation | 1.1.2000 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|---|------------------------|
| Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel | Ja | Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurfbraktion $\leq 35\%$ trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen. | 1.1.2003/ 1.1.2004 |
| Intrakoronare Brachytherapie | Nein | In Evaluation | 1.1.2003 |
| Implantation von beschichteten Koronarstents | Ja | | 1.1.2005 |
| <i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i> | | | |
| Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems | Ja | | 23.3.1972 |
| Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen | Ja | | 15.11.1979 |
| Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems | Ja | Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantom-schmerzen), Status nach Diskushernie mit Wurzelverwachsungen und entsprechenden Sensibilitätsausfällen in den Dermatomen, Kausalgie, vor allem auch Plexusfibrosen nach Bestrahlung (Mammakarzinom), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Puls-generators gehört zur Pflichtleistung. | 21.4.1983/ 1.3.1995 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|-----------|
| Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems | Ja | Behandlung schwerer chronischer Schmerzen vom Typ der Deafferentation zentraler Ursache (z. B. Hirn-/Rückenmarksläsionen, intraduraler Nervenaustriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsengenerators gehört zur Pflichtleistung. | 1.3.1995 |
| Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus) | Ja | Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuro-radiologie). | 1.7.2000 |
| Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors | Ja | Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie). | 1.7.2002 |
| Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) | Ja | Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> – Der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben – Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben – Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen | 23.8.1984 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – 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 – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpal tunneloperation | |
| Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers | Ja | Therapierefraktäre Spastizität. | 1.1.1996 |
| Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers | Ja | | 1.1.1991 |
| Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen | Ja | 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"> – Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapie-resistenz – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt | 1.1.1996 |
| Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: | Ja | In Evaluation | 1.1.1996/ |
| | | Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. | 1.7.2002/ 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Balkendurchtrennung – Selektive Amygdalohippokampektomie – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation | | <p>Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.</p> <p>Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, PET, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.</p> <p>Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.</p> | |
| Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression | Nein | | 1.1.1997 |
| Intradiskale elektrothermale Therapie | Nein | | 1.1.2004 |
| Kryoneurolyse | Nein | Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke. | 1.1.1997 |
| Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie | Nein | | 1.1.2004/ 1.1.2005 |
| Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat | Ja | <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem | 1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|--|
| Bandscheiben- Prothesen | Ja | <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbar-segmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontra-indikationen <p>Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur.</p> <p>Neubeurteilung im Jahr 2007 aufgrund der Evaluation durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie.</p> | 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2007 |
| <i>2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie</i> | | | |
| Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels | Nein | | 25.3.1971 |
| Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel» | Nein | | 12.5.1977 |
| Synoviorthese | Ja | | 12.5.1977 |
| Low-Level-Laser-Therapie | Nein | | 1.1.2001 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|--|
| <i>2.5 Krebsbehandlung</i> | | | |
| Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie) | Ja | | 27.8.1987 |
| Laser bei palliativer minimaler Chirurgie | Ja | | 1.1.1993 |
| Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF) | Ja | Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden. | 1.1.1997/ 1.1.2001 |
| | Nein | Bei Melanomen und Sarkomen mit – Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); – Fernmetastasen | 1.1.2001 |
| Extrakorporelle Photochemotherapie | Ja | Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom). | 1.1.1997 |
| Brachytherapie mit Jod-125-seeds zur Behandlung des Prostatakarzinoms | Ja | In Evaluation Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen. Strahlenüberwachung: – bei speziell ausgebildetes Personal – bei Vorliegen einer Betriebsbewilligung des BAG für Jod-125 in geschlossener Form Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.7.2002/ 1.1.2005 bis 31.12.2008 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|------------------------|
| 3 Gynäkologie, Geburtshilfe | | | |
| Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie | Ja | Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft. | 23.3.1972/ 1.1.1997 |
| Künstliche Insemination | Ja | Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft. | 1.1.2001 |
| In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität | Nein | | 1.4.1994 |
| In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer | Nein | | 28.8.1986/ 1.4.1994 |
| Sterilisation: – bei der Frau | Ja | Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste, und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen. | 11.12.1980 |
| – beim Ehemann | Ja | Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen. | 1.1.1993 |
| Laser bei Cervix-Carcinom in situ | Ja | | 1.1.1993 |
| Nicht chirurgische Ablation des Endometriums | Ja | Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause. | 1.1.1998 |
| Embolisation von Gebärmuttermyomen | Nein | | 1.1.2004/ 1.1.2005 |
| Papnicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12 Bst. c KLV) | Ja | | 1.1.1996 |
| Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12 Bst. c KLV) | Ja | | 1.4.2003/ 1.7.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|-------------------------------|
| Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12 Bst.c KLV) | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe (z.B. Core-Biopsie, Mammotome, ABBI, Siteselect) | Ja | In Evaluation Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom 2.11.2001. Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik. | 1.7.2002 bis 31.12.2007 |
| Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau | Ja | – Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 27.7.2004 mit dem Titel «Tension free Vaginal Tape (TVT) zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz» – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen | 1.1.2004/ 1.1.2005 |

4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie

| | | | |
|---|------|---|------------------------|
| Spiel- und Maltherapie bei Kindern | Ja | Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt. | 7.3.1974 |
| Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten | Ja | Nach dem vollendeten fünften Altersjahr. | 1.1.1993 |
| Elektrostimulation der Harnblase | Ja | Bei organischen Miktionsstörungen. | 16.2.1978 |
| Gruppenturnen für übergewichtige Kinder | Nein | | 18.1.1979 |
| Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring | Ja | Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle. | 25.8.1988/ 1.1.1996 |
| Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen | Ja | Im Alter von 0–6 Wochen, durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen. | 1.7.2004 |
| Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht | Nein | | 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
| 5 Dermatologie | | | |
| PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen | Ja | | 15.11.1979 |
| Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP) | Ja | Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt. | 11.12.1980 |
| Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie) | Ja | Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden. | 27.8.1987 |
| Laser bei: | | | |
| – Naevus teleangiectaticus | Ja | | 1.1.1993 |
| – Condylomata acuminata | Ja | | 1.1.1993 |
| – Aknenarben | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| – Keloid | Nein | | 1.1.2004 |
| Klimatherapie am Toten Meer | Nein | | 1.1.1997/ 1.1.2001 |
| Ambulante Balneo-Phototherapie | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| 6 Ophthalmologie | | | |
| Sehschule | Ja | Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt. | 27.3.1969 |
| Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen | Ja | | 15.11.1979 |
| Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen | Ja | | 8.12.1983 |
| Laser bei: | | | |
| – diabetischer Retinopathie | Ja | | 1.1.1993 |
| – Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae) | Ja | | 1.1.1993 |
| – Kapsulotomie | Ja | | 1.1.1993 |
| – Trabekulotomie | Ja | | 1.1.1993 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|--|
| Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurg- isch) | Ja | Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsen- unverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigier- bare Werte. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. | 1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005 |
| Refraktive Korrektur mittels Intraokular- linse | Ja | Leistungspflicht ausschliesslich bei Aniso- metropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. | 1.1.2000/ 1.1.2005 |
| Deckung von Cornea- Defekten mittels Amnionmembran | Ja | | 1.1.2001 |
| Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin | Ja | In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. Maximal vier Behandlungen pro Jahr. Führung eines einheitlichen Evaluations- registers mit Mengen- und Kostenstatistik. | 1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2005 |
| Dilatation bei Tränen- kanalstenose mit Lacri-Cath | Nein | | 1.1.2003/ 1.1.2005 |
| Scanning-Laser- Ophthalmoskopie | Ja | Indikationen: – zur Therapiekontrolle bei schwer behandelbarem Glaukom, zur Evaluati- on vor chirurgischem Eingriff – Evaluation vor retinalen Eingriffen Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff durchgeführt werden soll | 1.1.2004 |
| 7 Oto-Rhino-Laryngologie | | | |
| Sprachheilbehandlung | Ja | Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchge- führt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV). | 23.3.1972 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|---|
| Ultraschall- vibrationsaerosole | Ja | | 7.3.1974 |
| Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio- Psychophonologie) | Nein | | 18.1.1979 |
| Stimmprothese | Ja | Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung. | 1.3.1995 |
| Laseranwendung bei: – Papillomatose der Atemwege | Ja | | 1.1.1993 |
| – Zungenresektion | Ja | | 1.1.1993 |
| Cochlea-Implantat zur Behandlung beid- seitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste | Ja | Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen. In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitäts- spitäler Basel, Bern und Zürich, Kantons- spital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen. | 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ |
| Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes | Ja | Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittel- ohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgi- schen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochen- leitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion. | 1.1.1996 |
| Implantation des Mittel-Ohrimplantat- systems Typ «Vibrant Soundbridge» zur Behandlung einer Innenohrschwer- hörigkeit | Ja | Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.). | 1.1.2005 |
| Laser-Vaporisierte Palatoplastik | Nein | | 1.1.1997 |
| Speichelstein- lithotripsie | Ja | Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr). | 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|-----------|
| 8 Psychiatrie | | | |
| Behandlung von Rauschgiftsüchtigen | | | 25.3.1971 |
| – ambulant | Ja | Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden. | |
| – stationär | Ja | | |
| Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit | Ja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: <ol style="list-style-type: none"> a. Bei der methadongestützten Behandlung: Methadonbericht «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» Dezember 1995 (dritte Auflage); b. Bei der buprenorphingestützten Behandlung: Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an die kantonalen Gesundheitsbehörden für die Anwendung von Buprenorphin (Subutex) zur Behandlung von Opioidabhängigen, Januar 2000; c. Bei der heroingestützten Behandlung: Die Bestimmungen der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (SR 812.121.6) sowie die Richtlinien und Empfehlungen des Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information», September 2000. 2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein. 3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: <ol style="list-style-type: none"> a. ärztliche Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Eintrittsuntersuchung inkl. Sucht-anamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen – Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen) – Erstellen der Diagnose und der Indikation | 1.1.2001 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|---|-----------------------|--|-----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – Erstellen eines Behandlungsplanes – Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer – Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung – Qualitätssicherung – Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen – Evaluation des therapeutischen Prozesses – Rückfragen bei der Abgabestelle – Überprüfung der Diagnose und der Indikation – Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden – Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer. – Qualitätskontrolle | |
| | | <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates – Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde – Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin – Beratung | |
| | | 4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden. | |
| | | 5. Für die Substitutionsbehandlung wird eine pauschale Vergütung vereinbart. | |
| Opiantzugseilverfahren (UROD) unter Sedation | Nein | | 1.1.2001 |
| Opiantzugseilverfahren (UROD) unter Narkose | Nein | In Evaluation | 1.1.1998 |
| Ambulanter Opiantzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE) | Nein | | 1.1.1999 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|------------------------|
| Gruppenpsycho- therapie | Ja | Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV. | 25.3.1971/ 1.1.1996 |
| Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra | Ja | In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht. | 22.3.1973 |
| Spiel- und Mal- therapie bei Kindern | Ja | Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch- geführt. | 7.3.1974 |
| Psychodrama | Ja | Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV. | 13.5.1976/ 1.1.1996 |
| Therapiekontrolle durch Video | Nein | | 16.2.1978 |
| Musiktherapie | Nein | | 11.12.1980 |

9 Radiologie

9.1 Röntgendiagnostik

| | | | |
|--|------|---|------------|
| Computertomographie (Scanner) | Ja | Keine Routineuntersuchungen (Screening). | 15.11.1979 |
| Knochendensitometrie | | | |
| – mit Doppelenergie- Röntgen- Absorptiometrie (DEXA) | Ja | <ul style="list-style-type: none"> – bei einer klinisch manifesten Osteo- porose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus – gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) – primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – Osteogenesis imperfecta | 1.3.1995 |
| – mit Ganzkörper- Scanner | Nein | Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamen- töse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr. | 1.1.1999 |
| Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT) | Nein | | 1.3.1995 |
| Ultraschallmessung des Knochens | Nein | | 1.1.2003 |
| Knochenanalytische Methoden: | | | |
| – Knochen- resorptionsmarker | Nein | | 1.1.2003 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|---|
| – Knochen- formationsmarker | Nein | | 1.1.2003 |
| <i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i> | | | |
| Magnetische Kern- resonanz (MRI) | Ja | | 1.1.1999 |
| Positron-Emissions- Tomographie (PET) | Ja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Durchführung in Zentren, welche die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) vom 1. Juni 2000 über die Qualitätsvoraussetzungen für PET erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: <ol style="list-style-type: none"> a. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/ CABG) – zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkulationsstörung – präoperativ vor einer Herztransplantation. b. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei malignen Lymphomen: Staging, Resttumordiagnostik, Rezidivdiagnostik – Tumorstaging von nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom – beim Keimzellentumor des Mannes: Staging, Resttumordiagnostik nach Therapie – beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z. B. Tumormark-ererhöhung); Diagnostik zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor. Resttumordiagnostik nach Therapie – beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnostik von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen | 1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005 bis 31.12.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – bei Gastro-oesophagealen Tumoren: Staging, Resttumor-diagnostik, Rezidivdiagnostik – bei HNO Tumoren: Staging, Rest-tumordiagnostik, Rezidiv-diagnostik <p>c. in der Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ bei Hirntumoren. – präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie – Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 80 Jahre sind – bei therapieresistenter fokaler Epi- leptie <p>3. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen</p> <p>4. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik</p> | |
| Magnet- Enzephalographie | Nein | In Evaluation | 1.7.2002 |
| <i>9.3 Interventionelle Radiologie</i> | | | |
| Pionen- Strahlentherapie | Nein | In Evaluation | 1.1.1993 |
| Protonen- Strahlentherapie | Ja | Bei intraokulären Melanomen. | 28.8.1986 |
| Protonen- Strahlentherapie | Ja | In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Tumore im Bereich des Schädels: Chordome, Chondrosarkome, ORL-Tumoren (z.B. Plattenepithel-karzinome, Adenokarzinome, Adenoidcystische Karzinome, Mukoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, seltene Tumore wie z. B. Paragan-gliome oder Hämangiopericytome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Low Grade Gliome Grad 1 und 2 sowie Meningiome) – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen, wenn zum Schutz des Organismus eine besonders schonende Behandlung angezeigt ist | 1.1.2002/ 1.7.2002 bis 31.12.2006 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|-------------------------------------|-----------------------|---|------------------------------------|
| | | <p>Durchführung: In einem qualifizierten Zentrum, das über die nötige Infrastruktur verfügt, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gantry – Moderne Strahlenapplikation (z. B. Spotscanning, IMPT) – Protonenbeschleuniger – Umfassende technische Sicherheitsmassnahmen – Strahlenschutz, Strahlenüberwachung-Techniksupport – Speziell ausgebildetes Personal (Ärztinnen, Physiker und Physikerinnen, nichtakademisches Personal) <p>Das Zentrum muss eine Betriebsbewilligung des BAG haben und über ausreichende Erfahrung mit Protonentherapie über mehrere Jahre verfügen. Einheitliches Evaluationsdesign mit Kosten- und Mengenstatistik.</p> | |
| Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife) | Ja | <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome | 1.1.1996 |
| | Nein | <p>In Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei funktionellen Störungen | 1.1.1996 |
| Radiochirurgie mit LINAC | Ja | <ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist | 1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003 |
| Radiochirurgie mit Gamma-Knife | Nein | <ul style="list-style-type: none"> – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen | 1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--|-----------------------|---|--|
| | | – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm ³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist | |
| 10 Komplementärmedizin | | | |
| Akupunktur | Ja | Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999 |
| Anthroposophische Medizin | Ja | In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999/ 1.1.2005 bis 30.06.2005 |
| Chinesische Medizin | Ja | In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999/ 1.1.2005 bis 30.06.2005 |
| Homöopathie | Ja | In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999/ 1.1.2005 bis 30.06.2005 |
| Neuraltherapie | Ja | In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999/ 1.1.2005 bis 30.06.2005 |
| Phytotherapie | Ja | In Evaluation Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) anerkannt ist. | 1.7.1999/ 1.1.2005 bis 30.06.2005 |
| 11 Rehabilitation | | | |
| Stationäre Rehabilitation | Ja | Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. | 1.1.2003 |
| Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen | Ja | Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation | 12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|--------------------------|-----------------------|--|-----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie von 1990 entspricht. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.</p> | |
| Pulmonale Rehabilitation | Ja | <p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003 entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, zertifiziert sein.</p> | 1.1.2005 |

| Massnahmen | Leistungs- pflicht | Voraussetzungen | gültig ab |
|------------|-----------------------|--|-----------|
| | | Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. | |
