



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

Änderung vom 28. November 2017

*Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:*

I

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

Art. 4 Bst. c Ziff. 5

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:

- c. Mittel und Gegenstände:
 - 5. Produkte der Gruppen 34 und 35. Verbandmaterial;

Art. 12a Bst. k Ziff. 1

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

Massnahme	Voraussetzung
k. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. Gemäss Impfplan 2017: <ul style="list-style-type: none">a. Basisimpfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren;b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 26 Jahren.

¹ SR 832.112.31

Art. 12d Abs. 1 Bst. d

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
d. Digitale Mammografie, Mamma-MRI	<p>1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung gemäss BAG-Referenzdokument «Risikoabschätzung» (Stand 02/2015)².</p> <p>Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie «stark erhöhtes Risiko» ist eine genetische Beratung nach Buchstabe f. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument «Überwachungsprotokoll» (Stand 02/2015)³. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss.</p> <p>2. Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein zertifiziertes Brustzentrum, das die Anforderungen nach den «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren» der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015⁴, nach den Empfehlungen «The requirements of a specialist Breast Centre» der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), veröffentlicht am 19. August 2013⁵, oder nach den Kriterien im «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesell-</p>

² Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref.

³ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref.

⁴ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref.

⁵ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref.

Massnahme	Voraussetzung
	<p>schaft für Senologie vom 14. Juli 2016⁶ erfüllt.</p> <p>Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem anderen Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>

Art. 12e Bst. a und d

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose, Glutarazidurie Typ 1, Ahornsirupkrankheit.	<p>Bei Neugeborenen.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p>
...	
d. Früherkennung des Kolonkarzinoms	<p>Im Alter von 50 bis 69 Jahren.</p> <p>Untersuchungsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder – Koloskopie, alle 10 Jahre. <p>Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Genf, Jura, Neuenburg, Uri oder Waadt oder im Verwaltungskreis Berner</p>

⁶ Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref

Massnahme	Voraussetzung
	Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

Art. 13 Bst. b^{ter}

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG⁷):

Massnahme	Voraussetzung
b ^{ter} . Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p>Nur zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 1. Januar 2018⁸ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p> <p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.</p> <p>Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternale Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.</p>

⁷ SR 832.10

⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahme	Voraussetzung
	<p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p> <p>Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.</p>

Art. 18 Abs. 2

² Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

Art. 35 Ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Preiserhöhungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV sind ausgeschlossen. Das BAG kann ausnahmsweise Preiserhöhungen gewähren, wenn die Versorgung der Schweizer Bevölkerung sichergestellt werden muss und therapeutische Alternativen fehlen.

II

¹ Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

² Anhang 2⁹ («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.

³ Anhang 3¹⁰ («Analysenliste») wird geändert.

⁹ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherung > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (AL).

¹⁰ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherung > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL).

III

¹ Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt der Absätze 2–4 am 1. Januar 2018 in Kraft.

² Anhang 2 Ziffern 03.05 und 21.02–21.05 tritt am 1. März 2018 in Kraft.

³ Artikel 4 Buchstabe c Ziffer 5 und Anhang 2 Ziffern 35–35.10.06 treten am 1. April 2018 in Kraft.

⁴ Artikel 12a Buchstabe k tritt am 1. Juli 2018 in Kraft.

⁵ Artikel 35 gilt bis zum 31. Dezember 2018.

28. November 2017

Eidgenössisches Departement des Innern:
Alain Berset

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Ziff 1.1–1.4, 2.1–2.3, 2.5, 4–8, 9.2, 9.3 und 11

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
...			
<i>Massnahme «Operative Reduktion der gesunden Brust» ersetzen durch:</i>			
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin	1.1.2015/ 1.1.2018
...			
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 31. Oktober 2017 ¹¹ zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrativen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versichers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

¹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
<i>1.2 Transplantationschirurgie</i>			
...			
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate ...	Ja	Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Nach erfolgloser, lege artis durchgeführter konservativer Therapie. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011 ¹² . Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und post-traumatischer Defekte		Betrifft nicht die postoperative Rekonstruktion der Mamma. Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.8.2016
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
...			
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm ² Ausdehnung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2017

¹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26.10.2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 bis 31.12.2019
...			
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss. Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. September 2004 ¹³ . Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
...			
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
...			
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

¹³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation).	
		Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	
Elektrische Neuro- modulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test).	1.1.2003/ 1.1.2008
...		Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation).	
...		Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	
2		Innere Medizin	
2.1		<i>Allgemein</i>	
...			
		<i>Massnahme «Insulintherapie mit einer Infusionspumpe» Aufgehoben</i>	
...			
Hämatopoëtische Stammzell- Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren. Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5. Ausgabe vom März 2012 ¹⁴ . Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 ¹⁵ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 ¹⁶ . Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013

¹⁴ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹⁵ SR 810.21

¹⁶ SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab	
– autolog	Ja	– bei Lymphomen	1.1.1997/	
		– bei akuter lymphatischer Leukämie	1.1.2013/	
		– bei akuter myeloischer Leukämie	1.1.2018	
		– beim multiplen Myelom		
		– beim Neuroblastom		
		– beim Medulloblastom		
			– beim Keimzelltumor	
			– bei der systemischen Sklerose	
		Ja	Im Rahmen von klinischen Studien:	1.1.2002/
			– beim Ewing-Sarkom	1.1.2008/
		– bei Weichteilsarkomen	1.1.2013/	
		– beim Wilms-Tumor	1.1.2018 bis 31.12.2022	
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:	1.1.2002/	
		– bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes Mellitus.	1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022	
		Kostenübernahme nur auf vorgängige beson- dere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.		
		Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.		
	Nein	– im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie	1.1.1997/ 1.1.2008/	
		– im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie	1.1.2013/ 1.1.2018	
		– beim Mammakarzinom		
		– beim kleinzelligen Bronchuskarzinom		
		– bei kongenitalen Erkrankungen		
		– beim Ovarialkarzinom		
		– bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter		
		– bei myelodysplastischen Syndromen		
		– bei der chronisch myeloischen Leukämie		
		– bei Morbus Crohn		
		– bei Diabetes mellitus.		
– allogene	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie	1.1.1997/	
		– bei akuter lymphatischer Leukämie	1.1.2013/	
		– bei der chronischen myeloischen Leukämie	1.1.2018	
		– beim myelodysplastischen Syndrom		
		– bei der aplastischen Anämie		
		– bei Immundefekten und Inborn errors		
		– bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie		
		– beim multiplen Myelom		
		– bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).		

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom – beim Mammakarzinom – beim Nierenzellkarzinom – bei rheumatoider Arthritis.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
...			
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ¹⁷ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist;	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003

¹⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ¹⁸ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015 ¹⁹ erfüllen. Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Soll die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt werden, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut-sprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017
...			
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ²⁰ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.	1.1.2000/ 1.7.2017

¹⁸ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹⁹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	<p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²¹ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Aktigraphie	Ja	<p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016²² der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
...			
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, gemäss Limitationen der Spezialitätenliste	1.1.2014/ 1.1.2018
...			
Kapselendoskopie	Ja	<p>Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. 	1.1.2004/ 1.1.2006

²¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
...			
2.2		<i>Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>	
...			
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.1.2001/ 1.1.2018
...			
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>	
...			
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
– Balkendurchtrennung			
– Multiple subapiale Operation nach Morrell-Whisler		Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	
– Vagusstimulation		Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
...			
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
		– 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	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, 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 zwei Segmenten – keine primäre segmentale Kyphose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal zwei Segmenten – keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schwei-</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		zerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.	
		Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
Posteriore pedikel-schraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikationen: – Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – Bandscheibengeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gut-sprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
...			
2.5		<i>Krebsbehandlung</i>	
...			
Multigenexpres- sionstest beim Mammakarzinom	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Indikation:</p> <p>Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loko-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie. <p>Testvoraussetzungen:</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt/eine Fach-ärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekular-pathologie. Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG²³ oder ISO 15189 /17025²⁴ entsprechen.</p>	<p>1.1.2011/ 1.1.2015 bis 31.12.2018</p>
...			

²³ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁴ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Ambulante multi-professionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	1. Indikation:	1.1.2008/
		a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile);	1.7.2009/
		b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.	1.1.2014/ 1.7.2014
		Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 ²⁵ und No. 1/2011 vom 4. März 2011 ²⁶ .	
		2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007 ²⁷ . Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
		3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.	
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014

²⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikation: <ol style="list-style-type: none"> a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006²⁸ und No. 1/2011 vom 4. März 2011²⁹.</p> 2. Therapie: <ol style="list-style-type: none"> a. Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen, b. Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität, c. Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung. 3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007³⁰. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. <p>Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kom-</p>	1.1.2014

²⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

²⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		mission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
		...	
5	Dermatologie		
		...	
Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. Juli 2011 ³¹ . Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2011
		...	
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2013
		...	
6	Ophthalmologie		
		...	
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005

³¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie.	1.1.2000/ 1.1.2005
		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
...			
7		Oto-Rhino-Laryngologie	
...			
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen. In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspital Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/
...			
8		Psychiatrie	
...			
<i>Einfügen nach der Massnahme «Internet-basierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Insomnie»</i>			
Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rtMS) zur Behandlung der Depression	Nein		1.1.2018
...			
9		Radiologie	
9.2		<i>Andere bildgebende Verfahren</i>	
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ³² der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/

³² Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		1. in der Kardiologie:	1.1.2005/
		– präoperativ vor einer Herz- transplantation.	1.1.2006/ 1.8.2006/
		2. in der Onkologie:	1.1.2009/
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 ³³ zu FDG-PET.	1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/
		3. in der Neurologie:	1.1.2016
		– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,	
		– zur Abklärung von Demenz: als wei- terführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Spezialärzte und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neuro- logie; bis zum Alter von 80 Jahren, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausge- gangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	
		4. In Evaluation:	1.7.2014/
		Bei der Fragestellung «Raumforde- rung», gemäss den klinischen Richt- linien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.1.2018 bis 31.12.2018
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgen- der Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evalua- tion der Myokardischämie	1.7.2013
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evalua- tion der Myokardischämie	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nach- gewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) ei- nes Prostatakarzinoms	1.7.2014/ 1.1.2018 bis 31.12.2018
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET) Bei folgenden Indikationen: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren	1.1.2016
		f) Mittels Gallium-68-PSMA-11 In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nach- gewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) ei- nes Prostatakarzinoms	1.1.2017 bis 31.12.2018

³³ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore	1.7.2017
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels 18F-Florbetapir c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), Gallium-68-PSMA-11 oder DOTA-Peptiden	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017
...			
9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie			
...			
<i>Einfügen vor der Massnahme «Protonen-Strahlentherapie»</i>			
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration		In Evaluation Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: – Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen – laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung – keine Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen, hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft – Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.1.2018 bis 30.6.2020
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen. b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) – Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome)	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochen-sarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> – Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B – Alle übrigen Indikationen 	<p>1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018</p>
...			
11 Rehabilitation			
Stationäre Rehabilitation	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes		<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. 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 Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011³⁴.</p>	<p>12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013</p>

³⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009 ³⁵ . Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010 ³⁶ . Indikationen:	
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikel-funktion – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren). 	
	Ja	– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	– Patienten und Patientinnen mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium I nach Fontaine.	1.7.2013
Pulmonale Rehabilitation	Ja	<p>Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.</p> <p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003³⁷ entsprechen.</p> <p>Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein.</p>	1.1.2005

³⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

³⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfeh- lung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin berücksichtigt.	
