

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

vom 29. September 1995 (Stand am 1. Februar 2000)

Das Eidgenössische Departement des Innern,

gestützt auf die Artikel 33, 38 Absatz 2, 44 Absatz 1 Buchstabe a, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 71 Absatz 4, 75 sowie 77 Absatz 4 der Verordnung vom 27. Juni 1995¹ über die Krankenversicherung (KVV),²

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Ärztliche und chiropraktische Leistungen

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1

Der Anhang 1 bezeichnet diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungskommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung):

- a. übernommen werden;
- b. nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden;
- c. nicht übernommen werden.

2. Abschnitt: Ärztliche Psychotherapie

Art. 2 Grundsatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden.

² Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu

AS 1995 4964

¹ SR 832.102

² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen werden höchstens die Kosten für eine Behandlung übernommen, die entspricht:

- a. in den ersten drei Jahren zwei einstündigen Sitzungen pro Woche;
- b. in den folgenden drei Jahren einer einstündigen Sitzung pro Woche;
- c. danach einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen.

² Soll die Psychotherapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen in zwei Jahren entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

³ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie auf Kosten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁴ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

3. Abschnitt: Von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordnete Leistungen

Art. 4

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

- a. Analysen:
die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in einem Anhang zur Analysenliste bezeichnet;
- b. Arzneimittel:
pharmazeutische Spezialitäten der therapeutischen Gruppen 01.01. Analgetica und 07.10. Arthritis und rheumatische Krankheiten der Spezialitätenliste, soweit die zuständige schweizerische Prüfstelle für diese Spezialitäten als Verkaufsart eine Abgabe durch Apotheken ohne ärztliches Rezept (C) oder eine Abgabe durch Apotheken und Drogerien (D) bestimmt hat;
- c. Mittel und Gegenstände:

1. Produkte der Gruppe 05.12.01. Halskragen der Liste der Mittel und Gegenstände,
2. Produkte der Gruppe 34. Verbandmaterial der Liste der Mittel und Gegenstände für die Anwendung an der Wirbelsäule.

2. Kapitel:

Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

1. Abschnitt: Physiotherapie

Art. 5

¹ Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV erbracht werden:

- a. Ultraviolettbestrahlungen (Quarzlampenbestrahlungen);
- b. Rotlicht, Infrarot;
- c. Heissluft, Glühlichtbogen;
- d. Kurzwellen, Ultrakurzwellen;
- e. Radar (Mikrowellen);
- f. Diathermie (Langwellen-Diathermie);
- g. Aerosolinhalationen;
- h. Manuelle Massage und Bewegungstherapie:
 1. Muskelmassage als Teil- oder Ganzmassage, Bindegewebsmassage, Massage reflexogener Zonen,
 2. Krankengymnastik (Gelenkmobilisation, passive Bewegungstherapie, Mechanotherapie, Atemgymnastik inkl. Anwendung von Apparaten zur Bekämpfung der Ateminsuffizienz, Wassergymnastik),
 3. Krankengymnastische Behandlungen nach Bobath oder nach Kabath,
 4. Gruppengymnastik,
 5. Wirbelsäulenextensionen,
 6. Lymphdrainage bei Lymphödemen durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen,
 7. Hippotherapie-K bei multipler Sklerose durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen;
- i. Ultraschall;
- k. Elektrotherapie:
 1. Galvanisation (allgemeine und lokale), Iontophorese,
 2. Faradisation (Exponentialströme, Sinusoidalströme);

1. Hydrotherapie:
 1. Wickel und Packungen,
 2. Schlamm-, Fango- und Paraffinpackungen,
 3. Medizinalduschen,
 4. Medizinalbäder,
 5. Elektrobäder,
 6. Unterwasserstrahlmassage,
 7. Unterwassermassage,
 8. Hyperthermiebäder.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

2. Abschnitt: Ergotherapie

Art. 6

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie von Organisationen der Ergotherapie im Sinne der Artikel 46, 48 und 52 KVV erbracht werden, soweit sie:

- a. der versicherten Person bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen oder
- b.³ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

² Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

³ Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

3. Abschnitt: Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

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:⁴

³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

- a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes⁵, KVG).

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a. Massnahmen der Abklärung und Beratung:
 1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin),
 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:
 1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
 7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,
 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
 9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
 11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
 12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen;
- c. Massnahmen der Grundpflege:
 1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kom-

pressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,

2. psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege.

³ Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet.⁶

Art. 8⁷ Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

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

² Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs.

³ Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 4). Bestätigt ein Arzt oder eine Ärztin die Einreihung einer versicherten Person in eine Pflegebedarfsstufe, gilt dies als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.

⁵ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

⁶ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können erteilt werden:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate.

^{6bis} Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekanntzugeben.

⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS **1997** 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Dez. 1997 (AS **1998** 150).

⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS **1997** 2039).

ben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.⁸

⁷ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden.

Art. 8a⁹ Kontroll- und Schlichtungsverfahren

¹ Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren in den Tarifverträgen gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause.

² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten neben dem Tarif (Art. 47 KVG¹⁰) das Verfahren nach Absatz 1 fest.

³ Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

Art. 9 Abrechnung

¹ Die Leistungen können insbesondere nach Zeit- oder nach Pauschaltarifen (Art. 43 KVG¹¹) in Rechnung gestellt werden.

² Die verschiedenen Tarifarten können kombiniert werden.

³ Für die Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger 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.¹²

⁴ Für die Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind (Pflegebedarfsstufen). Es sind mindestens vier Stufen vorzusehen.¹³

Art. 9a¹⁴ Kostentransparenz und Tariflimiten

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:

⁸ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

⁹ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹⁰ SR 832.10

¹¹ SR 832.10

¹² Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2039).

¹⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Sept. 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2436).

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in einfachen und stabilen Situationen: 30–45 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: 45–65 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 50–70 Franken.

² Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG¹⁵) 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: 30–60 Franken,
- d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: 40–70 Franken.

³ Artikel 44 KVG ist anwendbar.

3a. Abschnitt:¹⁶ Ernährungsberatung

Art. 9b¹⁷

¹ Der Ernährungsberater oder die Ernährungsberaterin im Sinne der Artikel 46 und 50a KVV berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:¹⁸

- a.¹⁹ Stoffwechselkrankheiten;
- b. Adipositas (Body-mass-Index von über 30) und Folgeerkrankungen des Übergewichts oder in Kombination mit dem Übergewicht;
- c. Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- d. Krankheiten des Verdauungssystems;
- e. Nierenerkrankungen;
- f. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- g. Nahrungsmittelallergien oder allergische Reaktionen auf Nahrungsbestandteile.

¹⁵ SR 832.10

¹⁶ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996, in Kraft seit 1. Juli 1997 (AS 1997 564).

¹⁷ Ursprünglich Art. 9a.

¹⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

¹⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

² Die Krankenversicherung übernimmt höchstens sechs vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeordnete Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, so kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden.²⁰

³ Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin richten.²¹ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Ernährungsberatung zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden soll.

3b. Abschnitt:²² Diabetesberatung

Art. 9c

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

- a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (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 diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt.

² Die Diabetes-Beratung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (*Diabetes mellitus*) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit.

³ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung höchstens zehn Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden. Pro Jahr dürfen maximal 20 Sitzungen übernommen werden.

⁴ In den Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft können Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen (Art. 50a KVV) die Leistung nach Artikel 9b Absätze 1 Buchstabe a sowie 2 und 3 erbringen.

²⁰ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

²¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

²² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 18. Nov. 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1999 528).

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

Der Logopäde oder die Logopädin führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:

- a. organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b. phoniatische Leiden (z. B. partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers; Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache; hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache).

Art. 11 Voraussetzungen

¹ Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens zwölf Sitzungen der logopädischen Therapie in einem Zeitraum von längstens drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung.

² Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

³ Soll die logopädische Therapie nach einer Behandlung, die 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die logopädische Therapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

⁴ Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin hat dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

⁵ Die Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Absätzen 3 und 4 dürfen nur Angaben enthalten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

3. Kapitel: Massnahmen der Prävention

Art. 12

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG²³):

Massnahme	Voraussetzung
a. ²⁴ Untersuchung des Gesundheitszustandes und der normalen kindlichen Entwicklung bei Kindern im Vorschulalter	– Gemäss dem von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie herausgegebenen Leitfaden «Vorsorgeuntersuchungen» (2. Auflage, Bern, 1993). – Total acht Untersuchungen.
b. Screening auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Hypothyreose	Bei Neugeborenen.
c. ²⁵ Gynäkologische Untersuchung inklusive Papanicolau-Test	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Test im Jahresintervall und danach alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden; sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
d. HIV-Test	Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, verbunden mit einem Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss.
e. Kolonoskopie	Bei familiärem Kolonkarzinom (im ersten Verwandtschaftsgrad mindestens drei Personen befallen oder eine Person vor dem 30. Altersjahr).
f. ²⁶ Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung (2 Dosen) gegen Masern, Mumps, Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre. MMR-Impfung und Poliomyelitis-Grundimmunisierung auch bei nicht immunen Erwachsenen.
g. Booster-Impfung: Diphtherie, Tetanus	Bei Erwachsenen, alle zehn Jahre.

²³ SR **832.10**

²⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS **1997** 564).

²⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS **1997** 564).

²⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999, in Kraft seit 1. Jan. 2000 (AS **1999** 2517).

Massnahme	Voraussetzung
h. Haemophilus-influenzae Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren.
i. ²⁷ Grippe-Impfung (jährlich)	Bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei welcher eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention der Fachgruppe für Impffragen; Bundesamt für Gesundheit, 1996), und bei über 65-jährigen Personen.
k. ²⁸ Hepatitis B-Impfung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. 2. Impfung nach den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Kommission für Impffragen von 1997 (Beilage zum Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98). Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006.
l. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter.
m. Tetanus Booster-Impfung	Nach einer Verletzung.
n. Untersuchung der Haut	Bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person im ersten Verwandtschaftsgrad).

²⁷ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999, in Kraft seit 1. Jan. 2000 (AS **1999** 2517).

²⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Sept. 1998 (AS **1998** 2923).

Massnahme	Voraussetzung
o. ²⁹ Mammographie	<p>1. Diagnostische Mammographie: Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. Nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr. Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Mammographie, das dokumentiert werden muss. Die Mammographie muss von einem Arzt oder einer Ärztin, der/die speziell in medizinischer Radiologie ausgebildet ist, durchgeführt werden. Die Sicherheit der Geräte muss den EU-Leitlinien von 1996 entsprechen (European Guidelines for quality assurance in mammography screening. 2nd edition)³⁰</p> <p>2. Screening Mammographie: Ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre. Im Rahmen eines Programms zur Früherkennung des Brustkrebses gemäss der Verordnung vom 23. Juni 1999 über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie³¹. Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2007.</p>
p. ³² Vitamin-K-Prophylaxe	Bei Neugeborenen.
q. ³³ Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe	Während des ersten Lebensjahres.
r. ³⁴ Sonographisches Hüftscreening nach Graf bei Neugeborenen	Im Alter von 0–6 Wochen durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen. Diese Regelung gilt bis zum 31. Dezember 2001.

²⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS 1999 2517).

³⁰ Diese Leitlinien können beim Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, eingesehen werden.

³¹ AS 1999 2168

³² Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

³³ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

³⁴ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

4. Kapitel: Besondere Leistungen bei Mutterschaft

Art. 13 Kontrolluntersuchungen

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG³⁵):

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Erstkonsultation</i>: Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste. – <i>Weitere Konsultationen</i>: Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herzöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen, für die Hebammen gemäss separatem Anhang zur Analysenliste.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.
b. ³⁶ Ultraschallkontrollen	
1. In der normalen Schwangerschaft eine Kontrolle in der 10.–12. Schwangerschaftswoche; eine Kontrolle in der 20.–23. Schwangerschaftswoche	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
2. In der Risikoschwangerschaft	Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen. Die Kontrollen dürfen nur durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht werden, die über eine Zusatzausbildung für diese Untersuchungsmethode und über die nötige Erfahrung verfügen.
c. Pränatale Untersuchungen mittels Kardiotokographie	Bei entsprechender Indikation in der Risikoschwangerschaft.

³⁵ SR 832.10

³⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. April 1996 (AS 1996 1496). Ziff. 1 gilt bis zum 31. Dez. 2001

Massnahme	Voraussetzung
d. Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: – Bei Schwangeren ab 35 Jahren. – Bei jüngeren Schwangeren mit einem vergleichbaren Risiko.
e. Kontrolle post-partum eine Untersuchung	Zwischen sechster und zehnter post-partum-Woche: Zwischenanamnese, klinische und gynäkologische Untersuchung inkl. Beratung.

Art. 14 Geburtsvorbereitung

Die Versicherung übernimmt einen Beitrag von 100 Franken für die Geburtsvorbereitung in Kursen, welche die Hebamme in Gruppen durchführt.

Art. 15 Stillberatung

¹ Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG³⁷) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern oder Krankenpfleger durchgeführt wird.

² Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

Art. 16 Leistungen der Hebammen

¹ Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:

- a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
 2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.
- b. Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.
- c. Die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben c und e sowie nach den Artikeln 14 und 15.

² Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung auch Leistungen der Krankenpflege nach Artikel 7 Absatz 2 erbringen. Die Leistungen sind nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt und nach der vorzeitigen Entlassung aus dem Spital oder aus der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege durchzuführen.

5. Kapitel: Zahnärztliche Behandlungen

Art. 17 Erkrankungen des Kausystems

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG³⁸). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht:

- a. Erkrankungen der Zähne:
 1. Idiopathisches internes Zahngranulom,
 2. Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z. B. Abszess, Zyste);
- b. Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien):
 1. Präpubertäre Parodontitis,
 2. Juvenile, progressive Parodontitis,
 3. Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten;
- c. Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile:
 1. Gutartige Tumore im Kiefer- und Schleimhautbereich und tumorähnliche Veränderungen,
 2. Maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich,
 3. Osteopathien der Kiefer,
 4. Zysten (ohne Zusammenhang mit Zahnelementen),
 5. Osteomyelitis der Kiefer;
- d. Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates:
 1. Kiefergelenksarthrose,
 2. Ankylose,
 3. Kondylus- und Diskusluxation;
- e. Erkrankungen der Kieferhöhle:
 1. In die Kieferhöhle dislozierter Zahn oder Zahnteil,
 2. Mund-Antrumfistel;

³⁸ SR 832.10

- f. Dysgnathien, die zu folgenden Störungen mit Krankheitswert führen:
 - 1. Schlafapnoesyndrom,
 - 2. Schwere Störungen des Schluckens,
 - 3. Schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien.

Art. 18 Allgemeinerkrankungen³⁹

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG⁴⁰):

- a.⁴¹ Erkrankungen des Blutsystems:
 - 1. Neutropenie, Agranulozytose,
 - 2. Schwere aplastische Anämie,
 - 3. Leukämien,
 - 4. Myelodysplastische Syndrome (MDS),
 - 5. Hämorrhagische Diathesen.
- b. Stoffwechselerkrankungen:
 - 1. Akromegalie,
 - 2. Hyperparathyreoidismus,
 - 3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
 - 4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin D-resistente Rachitis);
- c. Weitere Erkrankungen:
 - 1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
 - 2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
 - 3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
 - 4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
 - 5. Sklerodermie,
 - 6. AIDS,
 - 7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion;
- d. Speicheldrüsenenerkrankungen;
- e. ...⁴²

³⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁴⁰ SR **832.10**

⁴¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

⁴² Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998 (AS **1998** 2923).

Art. 19⁴³ Allgemeinerkrankungen; Zahnherdbehandlung

Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. c KVG⁴⁴):

- a. bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen;
- b. bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression;
- c. bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden;
- d. bei Endokarditis.

Art. 19a⁴⁵ Geburtsgebrechen

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Absatz 2 bedingt sind, wenn:⁴⁶

- a. die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind;
- b. die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG⁴⁷, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind.

² Geburtsgebrechen im Sinne von Absatz 1 sind:

1. Dysplasia ectodermalis;
2. Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (Epidermolysis bullosa hereditaria, Acrodermatitis enteropathica und Pemphigus benignus familiaris chronicus);
3. Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasia epiphysaria multiplex);
4. Angeborene Dysostosen;
5. Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist;
6. Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist;
7. Angeborene Schädeldefekte;
8. Kraniosynostosen;
9. Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel);
10. Arthromyodysplasia congenita (Arthrogyrosis);

⁴³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

⁴⁴ SR 832.10

⁴⁵ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1996 (AS 1997 564).

⁴⁶ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 4. Juli 1997, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1997 2697).

⁴⁷ SR 832.10

11. Dystrophia musculorum progressiva und andere congenitale Myopathien;
12. Myositis ossificans progressiva congenita;
13. Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte);
14. Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten;
15. Angeborene Nasen- und Lippenfistel;
- 16.⁴⁸ Proboscis lateralis;
- 17.⁴⁹ Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist;
18. Anodontia totalis congenita oder Anodontia partialis congenita bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne;
19. Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt;
20. Micrognathia inferior congenita mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn:
 - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad) ergibt;
 - bei den bleibenden Zähnen, exklusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt;
21. Mordex apertus congenitus, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (beziehungsweise von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (beziehungsweise von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt;
22. Prognathia inferior congenita, sofern:
 - die kephalometrische Beurteilung eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens –1 Grad er-

⁴⁸ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

⁴⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

- gibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder
- eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr respektive von 15 Grad und weniger vorliegt;
23. Epulis des Neugeborenen;
 24. Choanalatresie;
 25. Glossoschisis;
 26. Makro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist;
 27. Angeborene Zungenzysten und -tumoren;
 28. Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren und Ektasien);
 - 28a.⁵⁰ Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinanderliegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind.
 29. Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichert'scher Knorpel);
 30. Haemangioma cavernosum aut tuberosum;
 31. Lymphangioma congenitum, sofern Operation notwendig ist;
 32. Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien;
 33. Histiozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwe-Sche-Krankheit);
 34. Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningozele, Hydromyelia, Meningocele, Megalencephalie, Porencephalie und Diastematomyelia);
 35. Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedreich'sche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita);
 36. Angeborene Epilepsie;
 37. Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch);
 38. Kongenitale Paralysen und Paresen;
 39. Ptosis palpebrae congenita;
 40. Aplasie der Tränenwege;
 41. Anophtalmus;

⁵⁰ Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1998 (AS 1998 2923).

42. Angeborene Tumoren der Augenhöhle;
43. Atresia auris congenita inklusive Anotie und Microtie;
44. Angeborene Missbildungen des Ohrmuschelskelettes;
45. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glycoproteinstoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio);
46. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen);
47. Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose, Hypothyreose und Kretinismus);
48. Angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion (hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus und Prader-Willi-Syndrom, Kallmann-Syndrom);
49. Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (Turner-Syndrom, Missbildungen des Ovars, Anorchie und Klinefelter-Syndrom);
50. Neurofibromatose;
51. Angiomasia encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe);
52. Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum);
53. Teratome und andere Keimzelltumoren (wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzelltumor, Dottersacktumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom).

6. Kapitel: Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen

Art. 20 Liste der Mittel und Gegenstände

¹ Die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, für welche die Versicherung eine Vergütung zu leisten hat, sind im Anhang 2 nach Produktgruppen und Anwendungsarten aufgeführt.

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Ihre Vergütung wird mit der entsprechenden Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

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 herausgegeben und kann bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, bestellt werden.⁵¹

⁵¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS **1998** 2923).

Art. 21 Anmeldung

Vorschläge für die Aufnahme von neuen Mitteln und Gegenständen in die Liste sowie für den Umfang der Vergütung sind beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) einzureichen. Das BSV prüft den Vorschlag und unterbreitet ihn der Eidgenössischen Kommission für Mittel und Gegenstände.⁵²

Art. 22 Limitierungen

Die Aufnahme in die Liste kann mit einer Limitierung verbunden werden. Die Limitierung kann sich insbesondere auf die Menge, die Dauer der Verwendung, die medizinischen Indikationen oder das Alter der Versicherten beziehen.

Art. 23 Anforderungen

Von den in der Liste aufgeführten Arten von Mitteln und Gegenständen dürfen sämtliche Produkte abgegeben werden, welche nach der Gesetzgebung des Bundes oder der Kantone in Verkehr gebracht werden dürfen. Massgebend ist die Gesetzgebung des Kantons, in welchem sich die Abgabestelle befindet.

Art. 24 Vergütung

¹ Die Mittel und Gegenstände werden höchstens zu dem Betrag vergütet, der in der Liste für die entsprechende Art von Mitteln und Gegenständen angegeben ist.

² Liegt für ein Produkt der von der Abgabestelle in Rechnung gestellte Betrag über dem in der Liste angegebenen Betrag, so geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

³ Die Vergütung kann als Kauf- oder als Mietpreis umschrieben sein. Kostspielige und durch andere Patientinnen und Patientinnen wiederverwendbare Mittel und Gegenstände werden in der Regel in Miete abgegeben.

⁴ Die Versicherung übernimmt die Kosten nach Anhang 2 nur für Mittel und Gegenstände in gebrauchsfertigem Zustand. Bei Mitteln und Gegenständen, die durch Kauf erworben werden, kann in der Liste eine Vergütung an die Kosten für die notwendige Anpassung und den Unterhalt vorgesehen werden. Bei Miete sind Unterhalts- und Anpassungskosten im Mietpreis inbegriffen.

⁵² Fassung des Satzes gemäss Ziff. I der V des EDI vom 9. Juli 1998, in Kraft seit 1. Jan. 1999 (AS 1998 2923).

7. Kapitel: Beitrag an die Kosten von Badekuren sowie an Transport- und Rettungskosten

Art. 25 Beitrag an die Kosten von Badekuren

Die Versicherung übernimmt während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von 10 Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren.

Art. 26 Beitrag an die Transportkosten

¹ Die Versicherung übernimmt 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen.

² Der Transport hat in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen.

Art. 27 Beitrag an die Rettungskosten

Die Versicherung übernimmt für Rettungen in der Schweiz 50 Prozent der Rettungskosten. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 5000 Franken übernommen.

8. Kapitel: Analysen und Arzneimittel

1. Abschnitt: Analysenliste

Art. 28⁵³

¹ Die in Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG⁵⁴ vorgesehene Liste und ihre Anhänge (Art. 62 KVV) gehören unter dem Titel Analysenliste (abgekürzt «AL») als Anhang 3 zu dieser Verordnung.

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 halbjährlich herausgegeben und kann bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, bestellt werden.

⁵³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1996, in Kraft seit 1. Okt. 1996 (AS **1996** 2430).

⁵⁴ SR **832.10**

2. Abschnitt: Arzneimittelliste mit Tarif

Art. 29⁵⁵

¹ Die Liste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 2 KVG⁵⁶ gehört unter dem Titel Arzneimittelliste mit Tarif (abgekürzt «ALT») als Anhang 4 zu dieser Verordnung.

² Die Arzneimittelliste mit Tarif⁵⁷ wird in der Amtlichen Sammlung und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts nicht veröffentlicht. Sie wird in der Regel jährlich herausgegeben und kann bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, bestellt werden.

3. Abschnitt: Spezialitätenliste

Art. 30 Grundsatz

¹ Ein Arzneimittel darf nur in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn:

- a. ein medizinisches Bedürfnis sowie seine Zweckmässigkeit, Zuverlässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen ist; und
- b. die Registrierung oder ein Attest der zuständigen schweizerischen Prüfstelle vorliegt.

² Für konfektionierte Arzneimittel muss keine Registrierung und kein Attest vorliegen.

Art. 31 Kategorien

Der Ausschuss für wissenschaftliche Fragen der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (Arzneimittelkommission) teilt jedes Arzneimittel in eine der folgenden Kategorien ein:

- a. medizinisch-therapeutischer Durchbruch;
- b. therapeutischer Fortschritt;
- c. Kosteneinsparung im Vergleich zu anderen Arzneimitteln;
- d. kein therapeutischer Fortschritt und keine Kosteneinsparung;
- e. in medizinisch-therapeutischer Hinsicht nicht notwendig.

⁵⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS 1996 1232).

⁵⁶ SR 832.10

⁵⁷ In der AS nicht veröffentlicht. Der Anhang 4 "Arzneimittelliste mit Tarif" zur Krankenpflege-Leistungsverordnung gilt in der Fassung vom 1. Juni 1996.

Art. 32 Medizinisches Bedürfnis

¹ Ein Arzneimittel entspricht einem medizinischen Bedürfnis, wenn seine Heilwirkung nachgewiesen und seine Anwendung in der ärztlichen Praxis geboten ist.

² Bei Originalpräparaten ist der klinische Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit erforderlich.

Art. 33 Zweckmässigkeit und Zuverlässigkeit

¹ Die Zweckmässigkeit und die Zuverlässigkeit eines Arzneimittels in bezug auf seine Wirkung und Zusammensetzung werden nach klinisch-pharmakologischen und galenischen Erwägungen, nach unerwünschten Wirkungen sowie nach der Gefahr missbräuchlicher Verwendung beurteilt.

² Die Arzneimittelkommission stützt sich für die Beurteilung der Zweckmässigkeit und der Zuverlässigkeit auf die Unterlagen, welche für die Begutachtung und Registrierung durch die zuständige schweizerische Prüfstelle massgebend waren. Das BSV kann weitere Unterlagen verlangen.

Art. 34 Wirtschaftlichkeit

¹ Ein Arzneimittel gilt als wirtschaftlich, wenn es die indizierte Heilwirkung mit möglichst geringem finanziellen Aufwand gewährleistet.

² Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels werden berücksichtigt:

- a. dessen Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise;
- b. die Kosten pro Tag oder Kur im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise;
- c. bei einem Originalpräparat im Sinne von Artikel 31 Buchstaben a und b der Innovationszuschlag für die Dauer von höchstens 15 Jahren; in diesem Zuschlag sind die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen zu berücksichtigen;
- d. dessen Preis im Ausland.

Art. 35 Preisvergleich mit dem Ausland

¹ Der Preis eines Arzneimittels darf in der Regel den Durchschnittspreis, abzüglich der Mehrwertsteuer, dieses Arzneimittels in drei Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten.

² Für alle Arzneimittel sind die gleichen drei Länder für den Vergleich heranzuziehen. Ist ein Arzneimittel nicht in allen drei Ländern im Handel, wird der Vergleich mit den verbleibenden Ländern vorgenommen. Ist ein Arzneimittel in keinem der drei Länder im Handel, wird die Wirtschaftlichkeit nach den Kriterien gemäss Artikel 34 beurteilt.

Art. 36 Überprüfung der Arzneimittel in den ersten 15 Jahren seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste

¹ Arzneimittel, für die ein Preiserhöhungsgesuch gestellt wird, werden vom BSV daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35 noch erfüllen.

² Ergibt die Überprüfung, dass der ersuchte Preis zu hoch ist, lehnt das BSV das Gesuch ab.

³ Die Arzneimittelkommission kann dem BSV beantragen, den Innovationszuschlag ganz oder teilweise zu streichen, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr erfüllt sind.

Art. 37 Überprüfung nach 15 Jahren

¹ Arzneimittel, die seit 15 Jahren in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, werden vom BSV daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32–35 noch erfüllen.

² Ergibt die Überprüfung, dass der Preis zu hoch ist, verfügt das BSV eine Preissenkung.

Art. 38 Gebühren

¹ Mit jeder Neuanmeldung eines Arzneimittels hat der Gesuchsteller für jede galenische Form eine Gebühr von 1600 Franken zu entrichten.

² Mit jedem Gesuch um Preiserhöhung, um Änderung der Wirkstoffdosierung oder der Packungsgrösse sowie bei Wiedererwägungsgesuchen hat der Gesuchsteller für jede galenische Form eine Gebühr von 400 Franken zu entrichten.

³ Für alle übrigen Verfügungen des BSV wird nach Massgabe des Aufwandes eine Gebühr von 100–1600 Franken erhoben.

⁴ Ausserordentliche Auslagen, namentlich für weitere Expertisen, können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

⁵ Für jedes in die Spezialitätenliste aufgenommene Arzneimittel sowie für jede darin aufgeführte Packung ist jährlich eine Gebühr von 20 Franken zu bezahlen.

2. Titel: Voraussetzungen der Leistungserbringung**1. Kapitel: Weiterbildung****Art. 39**

Die Weiterbildungsstätten im Sinne von Artikel 38 Absatz 2 KVV werden von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt.

2. Kapitel: Schulen für Chiropraktik

Art. 40

Folgende Einrichtungen sind als Schulen für Chiropraktik nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a KVV anerkannt:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Kanada;
- b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P. O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;
- e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;
- k. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- l. Western States Chiropractic College
2900 N. E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

3. Kapitel: ...

Art. 41⁵⁸

⁵⁸ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS 1999 2517).

4. Kapitel: Laboratorien

Art. 42 Aus- und Weiterbildung

¹ Als Hochschulausbildung im Sinne von Artikel 54 Absätze 2 und 3 Buchstabe a KVV gilt ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Chemie, Biochemie, Biologie oder Mikrobiologie.

² Als höhere Fachausbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 2 KVV gilt das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Ausbildungsstätte mit dem Titel «medizinische Laboranten oder Laborantinnen mit höherer Fachausbildung» oder ein vom Schweizerischen Roten Kreuz als gleichwertig anerkanntes Diplom.

³ Als Weiterbildung im Sinne von Artikel 54 Absatz 3 Buchstabe b KVV gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie oder medizinischer Mikrobiologie. Das Eidgenössische Departement des Innern entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.

⁴ Das Eidgenössische Departement des Innern kann Laborleiter oder Laborleiterinnen, die über eine Weiterbildung verfügen, welche den Anforderungen von Absatz 3 nicht entspricht, für bestimmte Spezialanalysen zulassen. Es bezeichnet die Spezialanalysen.

Art. 43 Weitergehende Anforderungen nach Artikel 54 Absatz 4 KVV

Analysen des Kapitels Genetik der Analysenliste dürfen nur in Laboratorien durchgeführt werden, deren Leiter oder Leiterin sich über eine für die Leitung eines Laboratoriums anerkannte Aus- und Weiterbildung nach Artikel 42 Absätze 1 und 3 und eine Zusatzausbildung in Genetik ausweisen.

3. Titel: Schlussbestimmungen

Art. 44 Aufhebung bisherigen Rechts

Es werden aufgehoben:

- a. die Verordnung 2 des EDI vom 16. Februar 1965⁵⁹ über die Krankenversicherung betreffend die Beiträge der Versicherungsträger an die Kosten der zur Erkennung und Behandlung der Tuberkulose notwendigen Massnahmen;
- b. die Verordnung 3 des EDI vom 5. Mai 1965⁶⁰ über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invalider;

⁵⁹ [AS 1965 127, 1970 949, 1971 1714, 1986 1487 Ziff. II]

⁶⁰ [AS 1965 425, 1968 1012, 1974 688, 1986 891]

- c. die Verordnung 4 des EDI vom 30. Juli 1965⁶¹ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung und Überwachung von Präventorien zur Aufnahme Minderjähriger;
- d. die Verordnung 6 des EDI vom 10. Dezember 1965⁶² über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung chiropraktischer Ausbildungsinstitute;
- e. die Verordnung 7 des EDI vom 13. Dezember 1965⁶³ über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen;
- f. die Verordnung 8 des EDI vom 20. Dezember 1985⁶⁴ über die Krankenversicherung betreffend die von der anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen;
- g. die Verordnung 9 des EDI vom 18. Dezember 1990⁶⁵ über die Krankenversicherung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- h. die Verordnung 10 des EDI vom 19. November 1968⁶⁶ über die Krankenversicherung betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste;
- i. die Verordnung des EDI vom 28. Dezember 1989⁶⁷ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Arzneimittel;
- k. die Verordnung des EDI vom 23. Dezember 1988⁶⁸ über die von den anerkannten Krankenkassen als Pflichtleistungen zu übernehmenden Analysen.

Art. 45 Übergangsbestimmungen

¹ Für Gesuche um Neuanmeldung, Preiserhöhung sowie Änderung der Wirkstoffdosierung oder der Packungsgrösse von Arzneimitteln, welche nach dem 31. Dezember 1995 neu beim BSV eingereicht werden, gilt das neue Recht.

² Die Überprüfung nach Artikel 37 von Arzneimitteln, die seit 1981 oder früher in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, muss spätestens bis Ende 1999 abgeschlossen sein.

³ Arzneimittel, die gleichzeitig in die Spezialitätenliste aufgenommen wurden, müssen gleichzeitig überprüft werden.

⁶¹ [AS 1965 613, 1986 1487 Ziff. II]

⁶² [AS 1965 1199, 1986 1487 Ziff. II, 1988 973]

⁶³ [AS 1965 1201, 1968 798, 1971 1262, 1986 1487 Ziff. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

⁶⁴ [AS 1986 87]

⁶⁵ [AS 1991 519, 1995 891]

⁶⁶ [AS 1968 1496, 1986 1487]

⁶⁷ [AS 1990 127, 1991 959, 1994 765]

⁶⁸ [AS 1989 374, 1995 750 3688]

⁴ Zur Beurteilung eines Arzneimittels ist der erste Eintrag einer Packungsgrösse, Dosierung oder galenischen Form massgebend.

Art. 46 Inkrafttreten⁶⁹

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

² ...⁷⁰

³ ...⁷¹

Schlussbestimmungen der Änderung vom 4. Juli 1997⁷²

¹ Unter Vorbehalt der Absätze 2–4 tritt diese Änderung am 1. Januar 1998 in Kraft.

² Artikel 12 Buchstabe o in der Fassung vom 4. Juli 1997 tritt am 1. Juli 1999 in Kraft, wenn bis zu diesem Zeitpunkt ein gesamtschweizerischer Qualitätssicherungsvertrag im Sinne von Artikel 77 KVV in Kraft getreten ist. Legen die Vertragsparteien dem Bundesamt für Sozialversicherung bis zum 1. Januar 1999 keinen Vertrag vor, so erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen.⁷³

³ Artikel 12 Buchstabe o in der Fassung vom 4. Juli 1997 ist schon vor dem 1. Juli 1999 auf diejenigen Leistungserbringer anwendbar, welche mit einem oder mehreren Versicherern einen Qualitätssicherungsvertrag abgeschlossen haben, der die Anforderungen dieser Bestimmung erfüllt. Am 1. Juli 1999 wird dieser Vertrag durch die gesamtschweizerische Regelung nach Absatz 2 ersetzt.⁷⁴

⁴ Die Bestimmung über die Viscum-album-Therapie in Anhang 1 (Ziff. 2.5 Krebsbehandlung) tritt rückwirkend auf den 1. Januar 1997 in Kraft.

⁶⁹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996, in Kraft seit 1. Juni 1996 (AS **1996** 1232).

⁷⁰ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 15. Jan. 1996 (AS **1996** 909).

⁷¹ Aufgehoben durch Ziff. I der V des EDI vom 26. Febr. 1996 (AS **1996** 1232).

⁷² AS **1997** 2697

⁷³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Dez. 1998 (AS **1999** 738).

⁷⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Dez. 1998 (AS **1999** 738).

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

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

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

⁷⁵ Fassung gemäss Ziff. II der V des EDI vom 29. Juni 1999 (AS **1999** 2517). Bereinigt gemäss Ziff. I der V des EDI vom 13. Dez. 1999 (AS **2000** 234).

Inhaltsverzeichnis von Anhang 1

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

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

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Stosswellentherapie in der Orthopädie	Nein		1.1.1997/ 1.1.2000
Viskosupplementation mit Hylaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose	Nein		1.1.1998/ 1.1.2000
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
<i>1.4 Urologie</i>			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja	Bei Erwachsenen	3.12.1981
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des proximalen Ureters, falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Narkosegehilfen und adäquate Überwachungsgeräte).	22.8.1985
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– Revaskularisationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisations- behandlung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transuretrale ultraschallgesteuerte laser-induzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Harninkontinenz	Nein	In Evaluation	1.1.2000
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 – chronische Osteomyelitis	1.4.1994 1.9.1988
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Impfung gegen Tollwut	Ja	Bei Behandlung eines bereits von einem tollwütigen oder der Tollwut verdächtigen Tier gebissenen Patienten	19.3.1970
Behandlung der Adipositas	Ja	– Bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr – Bei Übergewicht und kommittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann.	7.3.1974
– durch Amphetaminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretica	Nein		7.3.1974
– durch Chorion- Gonadotropin- Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Insulintherapie mit einer Infusionspumpe	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: – Der Patient ist ein extrem labiler Diabetiker. – Er kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden. – Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung des Patienten erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt, durch einen frei praktizierenden Facharzt mit entsprechender Erfahrung.	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 – immunäolytische Anämie – Leukämie – Goodpasture-Syndrom – Guillain-Barré-Syndrom – akute Vergiftungen – familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	25.8.1988
LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie	25.8.1988
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie	1.1.1993/ 1.3.1995
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation – autolog	Ja	Bei Lymphomen Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei akuter myeloischer Leukämie.	1.1.1997
	Ja	Beim myelo-dysplastischen Syndrom Beim multiplen Myelom Beim primären Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko In qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Swiss Transplant Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation	1.1.1997 bis 31.12.2001

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		(STABMT) Beim Keimzell-Tumor in fortgeschrittenem Stadium Beim Ovarialkarzinom Beim Medulloblastom Beim Neuroblastom Beim Ewing-Sarkom Beim Wilms-Tumor Beim Rhabdomyosarkom Bei der chronisch-myeloischen Leukämie In Universitätskliniken Beim kleinzelligen Bronchuskarzinom Im Centre hospitalier universitaire vaudois Die Leistungserbringer müssen ein Evaluationsregister führen.	
	Nein	Im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie Im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie Beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen	1.1.1997
– allogene	Ja	Bei kongenitalen Erkrankungen Bei akuter myeloischer Leukämie Bei akuter lymphatischer Leukämie Bei der chronischen myeloischen Leukämie Beim myelo-dysplastischen Syndrom Bei der aplastischen Anämie Bei Immundefekten und Inborn errors Bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender)	1.1.1997
	Ja	Beim multiplen Myelom	1.1.1997 bis 31.12.2001
		In qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Swiss Transplant Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) Bei der chronisch lymphatischen Leukämie Im Hôpital cantonal universitaire de Genève und im Kantonsspital Basel Beim Non-Hodgkin-Lymphom In den Universitätskliniken Beim Hodgkin-Lymphom Im Hôpital cantonal universitaire de Genève und im Kantonsspital Basel Die Leistungserbringer müssen ein Evaluationsregister führen.	
		Die Kosten des Eingriffs beim Spender samt der Behandlung allfälliger Komplikationen und eine angemessene Entschädigung für den effektiv erlittenen Erwerbsausfall gehen zu Lasten des Versicherers des Empfängers. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers beim allfälligen Tod des Spenders.	1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	Bei soliden Tumoren	1.1.1997
Gallenstein- zertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Cholelithiasis Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen)	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegung im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (z.B. epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und wenn daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999	1.3.1995 1.1.1997
	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und nur wenn die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zircadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. Indikationsstellung und Durchführung in qualifizierten Zentren, gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie von 1999	1.1.1997 bis 31.12.2001
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic fatigue syndrome.	1.1.1997
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple Sleep Latency-Test	Ja		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	
Aktigraphie	Ja		
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori- Elimination	Ja	Die Vergütung des Harnstoffes (13C) richtet sich nach der Spezialitätenliste (SL); die Vergütung der Analyse richtet sich nach der Analysenliste (AL).	1.9.1998

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<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
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten	Nein		12.05.1977
Rehabilitation für Patienten mit Herz-Kreislauf-erkrankungen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten 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>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein	In Evaluation	1.1.2000
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarkes 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 Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	21.4.1983/ 1.3.1995
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 Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Implantation eines Neurostimulationssystems zur Behandlung von Bewegungsstörungen	Ja	Sofern die Hochfrequenzkoagulation im Thalamusbereich mit erhöhten Komplikationsrisiken verbunden ist. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient selber den TENS-Stimulator an, so vergütet ihm der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: – der Arzt oder auf seine Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit der TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben;	23.8.1984

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> - der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt haben; - Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z.B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen. - 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. - Schmerzzuständen nach Nervenkompressionserscheinungen; so z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunneloperation. 	
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	<p>Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.</p>	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie» - Schwere Beeinträchtigung des Patienten 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 	1.1.1996

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch – Balkendurchtrennung – selektive Amygdalohippokampektomie – multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	– Sofern die Ablärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird. – 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. – Führung eines Evaluationsregisters	1.1.1996
Laser-Diskushernienoperation bzw. Laserdiskusdekompression	Nein		1.1.1997
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke	1.1.1997
Spondylodese mittels Diskuskäfigen	Ja, in Evaluation	– Degenerative Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – Nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999– 31.12.2001
<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
<i>2.5 Krebsbehandlung</i>			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha	Ja	Durchführung in einem Universitätsspital	1.1.1997 bis 31.12.2000
Extrakorporelle Photochemotherapie	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom)	1.1.1997
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Art. 13 Bst. b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft	23.3.1972/ 1.1.1997
Künstliche Insemination	Nein, in Evaluation		22.3.1973/ 1.1.1997
	Ja	– Mittels intra-uteriner homologer Insemination bei einer zervikal bedingten Sterilität	1.1.1997
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.1994
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilisation: – bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	11.12.1980
– beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.1.1993
Laser bei Cervix-Ca in situ	Ja		1.1.1993
Nichtchirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause	1.1.1998
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt	7.3.1974

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes durchgeführt	11.12.1980
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt selbst oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht durchgeführt	27.3.1969
Visuelle evozierte Potentiale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Protonen-Strahlentherapie intraokulärer Melanome am Paul-Scherrer-Institut	Ja		28.8.1986
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993
Excimer-Laser- Behandlung zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Radiäre Keratotomie zur Myopie-Korrektur	Nein		1.3.1995
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	Ja	Wenn die Anisometropie nicht durch Brillen korrigiert werden kann und eine Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht.	1.1.1997
Implantation von Myopie-Linsen	Nein	In Evaluation	1.1.2000
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt selbst vorgenommen oder unter dessen unmittelbarer Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. aber auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Ultraschallvibrations- aerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio- Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflicht- leistung.	1.3.1995
Laser bei:			
– Papillomatose der Atemwege	Ja		1.1.1993
– Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spätaubten Erwachsenen In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspital Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern; wenn ein Evaluationsregister geführt wird. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffes am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes	1.1.1996

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelsteinlithotripsie	Ja	In spezialisierten Zentren, die ein Evaluationsregister führen.	1.1.1997 bis 31.12.2000
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schwerem Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Methadonbehandlung	Ja	Die Leistungspflicht für die methadonunterstützte Behandlung Heroinabhängiger besteht:	31.8.1989/ 1.1.1997
		1. Wenn eine Entzugs- oder eine Entwöhnungsbehandlung keinen Erfolg verspricht. In der Regel müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:	
		1.1 der Patient oder die Patientin ist mindestens 18 Jahre alt;	
		1.2 die Opiatabhängigkeit besteht seit mindestens einem Jahr;	
		1.3 nach ärztlicher Fachmeinung ist eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung zur Zeit nicht indiziert.	
		2. Der behandelnde Arzt bestätigt dem Vertrauensarzt des Versicherers,	
		2.1 dass die Indikationen nach Ziffer 1 gegeben sind oder warum eine Ausnahme zu machen ist;	
		2.2 dass die nach Artikel 15a Absatz 5 des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121) erforderliche kantonale Bewilligung vorliegt; dem Vertrauensarzt ist eine Kopie der Bewilligung abzugeben;	
		2.3 dass die nach zwei Jahren vorgenommene Überprüfung der Indikation für eine Fortsetzung der Methadonbehandlung spricht; dabei hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin sich auch zur notwendigen Dosis zu äussern.	
		3. Die Behandlung wird nach den Empfehlungen des dritten Methadonberichtes vom Dezember 1995 durchgeführt.	

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – Bei entzugswilligen mono-opiat-abhängigen Patienten oder Patientinnen. – Im Rahmen einer umfassenden körperlichen Entzugsbehandlung – In einer vom Kanton anerkannten Institution, die an einer multizentrischen Studie mit gemeinsamem Protokoll unter der Koordination einer Universitätsklinik teilnimmt. 	1.1.1998 bis 31.12.2000
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein	In Evaluation	1.1.1998
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsychotherapie	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 Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder unter dessen direkter Aufsicht durchgeführt	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 Osteoporose 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
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse	1.1.1999
			1.3.1995

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– mit GanzkörperScanner	Nein	Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.3.1995
Knochen densitometrie zur Osteoporoseprävention mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja, in Evaluation	– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und – Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen. – Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.	1.1.1996 bis 31.12.2000
Knochen densitometrie zur Osteoporoseprävention mittels peripherem quantitativem CT (pQTC)	Ja, in Evaluation	– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und – Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen. – Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.	1.1.1996 bis 31.12.2000
Ultraschallmessung des Knochens	Ja, in Evaluation	– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenterstudie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden und – Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen. – Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistungen einen gesamtschweizerischen Tarif.	1.1.1996 bis 31.12.2000
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen-resorptionsmarker	Ja, in Evaluation	– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und – Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen. – Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif.	1.1.1996 bis 31.12.2000
– Knochen-formationsmarker	Ja, in Evaluation	– Untersuchungen, die im Rahmen der schweizerischen Multizenter-Studie zur komparativen klinischen und wirtschaftlichen Bewertung des osteoporotischen Frakturrisikos durchgeführt werden, und	1.1.1996 bis 31.12.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – Vornahme in Zentren, die an der Studie teilnehmen. – Die Tarifpartner vereinbaren für diese Leistung einen gesamtschweizerischen Tarif. 	
9.2 Andere bildgebende Verfahren			
Magnetische Kern- resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions- Tomographie	Ja	<p>Mit einem PET-Scanner</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei therapieresistenter fokaler Epilepsie. – Präoperativ bei Hirntumoren. – Präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie. – Präoperativ vor einer Herztransplantation. 	1.4.1994
		<ul style="list-style-type: none"> – Tumorstaging von nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen und vom malignen Melanom 	1.1.1997
		<p>In der Onkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei malignen Lymphomen: Staging; Restumordiagnostik, Rezidivdiagnostik. – Beim Keimzellentumor des Mannes: Staging, Restumordiagnose nach Therapie. – Beim kolorektalen Karzinom: Restaging auf Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen bei begründetem Verdacht (z.B. Tumormarkererhöhung); Diagnose zur Differenzierung einer Narbe gegenüber einem Tumor; Restumordiagnose nach Therapie. – Beim Mammakarzinom: Lymphknotenstaging; Diagnose von Fernmetastasen bei Hochrisikopatientinnen 	1.1.1999
		<p>In der Neurologie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 70 Jahre sind. 	
		<p>In der Kardiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei einem nuklearkardiologisch, echokardiographisch oder koronarangiographisch dokumentierten Infarkt und Verdacht auf "hibernating myocardium" vor einer Intervention (PTCA/CABG) zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Dreifässerkrankung, z. B. auch nach Bypass bei komplexer Koronaranatomie. 	
		<p>In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspital Zürich; wenn ein Evaluationsregister geführt wird.</p>	1.4.1994
	Nein	Bei Verwendung einer PET-Coincidence-Camera (PET CC)	1.1.2000

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Neuraltherapie	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005
Phytotherapie	Ja, in Evaluation	Durch Ärztinnen oder Ärzte, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannt ist.	1.7.1999– 30.6.2005

Alphabetischer Index

A

Adipositasbehandlung

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

Allogene Transplantation mit zweischichtigem menschlichem lebendem Hautäquivalent (1.2)

Aktigraphie (2.1)

Akupunktur (10)

Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (2.1)

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

Anthroposophische Medizin (10)

Arthroesebehandlung

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

Atemmonitoring (4.)

Atem- und Herzfrequenzmonitoring (4.)

Atemtest mit natürlichem Kohlenstoffisotop ¹³ zur Bestimmung der Helicobacterpylori-Elimination (2.1)

B

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

C

Chinesische Medizin (10)

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

Computertomographie (Scanner) (9.1)

D

Defibrillator-Implantation (2.2)

E

Eigenbluttransfusion (1.1)

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

Elektrokardiogramm-Langzeitregistrierung (2.2)

«Elektronisches Ohr» (Tomatis) (7.)

Elektrostimulation der Harnblase (4.)

Elektrostimulation des Rückenmarks durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen durch Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (5.)

Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis (1.4)
Endoprothesen (1.1)
Enterale Ernährung zu Hause (2.1)
Entspannungstherapie nach Ajuriaguerra (8.)
Epilepsie

- Resektive kurative «Herdchirurgie» (2.3)
- Palliative Chirurgie (2.3)

Erektionsstörungen

- Penisprothese (1.4)
- Revaskularisationschirurgie (1.4)

ESCAPE-Methode, ambulanter Opiatenzug (8)
Excimer-Laser-Behandlung zur Myopie-Korrektur (6.)
Extrakorporelle Photochemotherapie (2.5)
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie bei Nierensteinen (ESWL) (1.4)

F

Frischzellentherapie (2.1)

G

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

H

Haltungsschäden

- Behandlung von Haltungsschäden (1.3)

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

I

Impfung gegen Tollwut (2.1)
Implantation eines Defibrillators (2.2)
Implantation eines knochenverankerten perkutanen Hörgerätes (7.)
Implantation eines künstlichen Sphinkters (1.4)

Implantation eines Neurostimulationssystems (2.3)

- zur Behandlung von Bewegungsstörungen (2.3)
- zur Elektrostimulation tiefer Hirnstrukturen (2.3)
- zur Elektrostimulation des Rückenmarks (2.3)

Implantation von Myopie-Linsen (6.)

Insulintherapie mit einer Infusionspumpe (2.1)

Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie (2.2)

Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamentendosierers (2.3)

In-vitro-Fertilisation (3.)

In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (3.)

Iscauthorapie (s. anthroposophische Medizin)

Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Faktors alpha (2.5)

K

Kardiale Rehabilitation (2.2)

Klimatherapie am Toten Meer (5.)

Knochenanalytische Methoden zur Osteoporoseprävention

- Knochenresorptionsmarker (9.1)
- Knochenformationsmarker (9.1)

Knochendensitometrie (9.1)

Komplementärmedizin (10)

Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (2.5)

Kryoneurolyse (2.3)

Künstliche Insemination (3.)

L

Laser bei:

- Cervix-Ca in situ (3.)
- Condylomata acuminata (5.)
- Diabetischer Retinopathie (6.)
- Kapsulotomie (6)
- Naevus teleangiectaticus (5.)
- palliativer minimaler Krebschirurgie (2.5)
- Papillomatose der Atemwege (7.)
- Retinaleiden (6.)
- Trabekulotomie (6.)
- Tumoren der Blase und des Penis (1.4)
- Zungenresektion (7.)

Laser-Diskushernienoperation / Laserdiskusdekompression (2.3)

Laser-Vaporisierte Palatoplastik (7.)

LDL-Apherese (2.1)

Lebertransplantation (1.2)

Lungentransplantation (1.2)

M

Magnetische Kernresonanz als bildgebendes Verfahren (MRI) (9.2)

Maintenance of Wakefulness Test (2.1)

Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems (2.3)

Messung des Melatoninspiegels im Serum (2.1)

Methadonbehandlungen (8.)

Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung (1.3)

Motorisch evozierte Potentiale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen (2.3)

Multiple Sleep Latency Test (2.1)

Musiktherapie (8.)

Myopie-Korrektur

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

N

Neuraltherapie (10)

Neurostimulationssystem (2.3)

Nichtchirurgische Ablation des Endometriums (3.)

Nierensteinzertrümmerung (1.4)

Nierentransplantation (1.2)

O

Operative Adipositasbehandlung (1.1)

Operative Behandlung bei Erektionsstörungen

- Penisprothese (1.4)
- Revaskularisationschirurgie (1.4)

Operative Mammarekonstruktion (1.1)

Opiatentzug, ambulant (nach der ESCAPE-Methode) (8)

Opiatentzugseilverfahren (UROD) (8.)

Ozon-Injektionstherapie (2.1)

P

Pacemaker (telefonische Überwachung) (2.2)

Palliative Chirurgie der Epilepsie (2.3)

Pankreastransplantation (1.2)

Parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe (ambulant) (2.1)

Parenterale Ernährung zu Hause (2.1)

Peritonealdialyse (2.1)

Phytotherapie (10)

Pionen-Strahlentherapie (9.3)

Plasmapherese (2.1)

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

R

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

S

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

Stosswellentherapie in der Orthopädie (1.3.)

Synoviorthese (2.4)

T

Telephonische Überwachung von Pacemaker-Patienten (2.2)

Therapiekontrolle durch Video (8.)

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) (2.3)

Transmyokardiale Laser-Revaskularisation (2.2)

Transurethrale ultraschallgesteuerte laser-induzierte Prostatektomie (1.4)

U

Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) (8.)

Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen (6.)

Ultraschalldiagnostik

– in der Geburtshilfe und Gynäkologie (3.)

Ultraschallmessung des Knochens (9.1)

Ultraschallvibrationsaerosole (7.)

Uroflowmetrie (1.4)

V

Viscum-album-Therapie (s. anthroposophische Medizin)

Viskosupplementation mit Hylaninjektion zur Behandlung der Kniearthrose (1.3.)

Visuelle evozierte Potentiale (2.3, 6.)

W

Weckapparate bei Enuresis (4.)

Anhang 2
(Art. 20)

Mittel- und Gegenstände-Liste ⁷⁶

⁷⁶ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Jan. 2000 (siehe AS **1999** 2516).

Anhang 3
(Art. 28)

Analysenliste⁷⁷

⁷⁷ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Okt. 1999 (siehe AS **1999** 2505).

Anhang 4
(Art. 29)

Arzneimittelliste mit Tarif⁷⁸

⁷⁸ In der AS nicht veröffentlicht. Diese Liste gilt in der Fassung vom 1. Aug. 1999 (siehe AS **1999** 2503).

