



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

Änderung vom 28. November 2017

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)  
verordnet:

I

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

Art. 4 Bst. c Ziff. 5.

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

c. Mittel und Gegenstände:

5. Produkte der Gruppe 34. und 35. Verbandmaterial;

Art. 12a Bst. k Ziff. 1

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

<sup>1</sup> SR 832.112.31

Massnahme	Voraussetzung
k. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. Gemäss Impfplan 2017: a. Basisimpfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 26 Jahren.

*Art. 12d Abs. 1 Bst. d*

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

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| d. Digitale Mammografie, Mamma-MRI | 1. Bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiären Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellen Risiko. Risikoeinstufung gemäss BAG-Referenzdokument «Risikoabschätzung» (Stand 02/2015) <sup>2</sup> .<br><br>Voraussetzung für die Einstufung in die Kategorie «stark erhöhtes Risiko» ist eine genetische Beratung nach Buchstabe f. Indikation, Häufigkeit und Untersuchungsmethode risiko- und altersadaptiert gemäss BAG-Referenzdokument «Überwachungsprotokoll» (Stand 02/2015) <sup>3</sup> . Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch vor der ersten Untersuchung, das dokumentiert werden muss.<br><br>2. <sup>4</sup> Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein zertifiziertes Brustzentrum, das die Anforderungen nach den «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren» der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015 <sup>5</sup> , nach |
|------------------------------------|---|

<sup>2</sup> Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

<sup>3</sup> Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

<sup>4</sup> ~~Fassung gemäss Ziff. 1 der V des EDI vom 2. Juni 2017, in Kraft seit 1. Juli 2017 (AS 2017 3487).~~

<sup>5</sup> Das Dokument ist einsehbar unter [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

den Empfehlungen «The requirements of a specialist Breast Centre» der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), veröffentlicht am 19. August 2013<sup>6</sup>, oder nach den Kriterien im «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016<sup>7</sup> erfüllt.

Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten.

~~Soll die Leistung-Untersuchung in einem anderen Zentrum/anderen Institution durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Zustimmung entsprechende Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt einzuholen.~~

*Art. 12e Bst. a und d*

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Screening-Untersuchung auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Kongenitale Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel, Cystische Fibrose, <u>Glutarazidurie Typ I, Ahornsirupkrankheit.</u>	Bei Neugeborenen. Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
...	
d. Früherkennung des Kolonkarzinoms	Im Alter von 50 bis 69 Jahren.

<sup>6</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>7</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahme	Voraussetzung
	<p>Untersuchungsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder</li> <li>– Koloskopie, alle 10 Jahre.</li> </ul> <p>Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen <a href="#">Genf</a>, Jura, Neuenburg, Uri oder Waadt oder im Verwaltungskreis Berner Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.</p>
<i>Art. 13 Bst. b<sup>ter</sup></i>	
Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG <sup>8</sup> ):	
b <sup>ter</sup> . Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p>Nur zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13 <del>bei Einlings-Schwangerschaften</del>.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom <a href="#">1. Januar 2018</a><sup>9</sup><del>12. April 2017</del><sup>10</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternalen Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p> <p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des</p>

<sup>8</sup> [SR 832.10](#)

<sup>9</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

~~Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 17. Juni 2015 (→ Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)).~~

Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.

Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.

Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).

Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.

Art. 18 Abs. 2

~~Die Versicherung übernimmt die Kostenübernahme~~ Die Versicherung übernimmt die Kosten der in Absatz 1 aufgeführten Leistungen nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, ~~und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin, nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin, der die entsprechende Empfehlung durch den/des Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt.~~

Art. 35 ~~(neu)~~ Ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung  
Preiserhöhungen nach Artikel 67 Absatz 2 KVV sind ausgeschlossen. Das BAG kann ausnahmsweise Preiserhöhungen gewähren, wenn die Versorgung der Schweizer Bevölkerung sichergestellt werden muss und therapeutische Alternativen fehlen.

## II

- <sup>1</sup> Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.
- <sup>2</sup> Anhang 2<sup>11</sup><sup>12</sup> («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.
- <sup>3</sup> Anhang 3<sup>13</sup> («Analysenliste») wird geändert.

~~> Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)~~

<sup>12</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Versicherung > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (AL).

## III

<sup>1</sup> Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt der Absätze 2– am 1. Januar 2018 in Kraft.

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

<sup>3</sup> Artikel 4 Buchstabe c Ziffer 5 und Anhang 2 Ziffern 35-35.10.06 treten am 1. April 2018 in Kraft.

Artikel 12a Buchstabe k tritt am 1. Juli 2018 in Kraft.<sup>4</sup> ,

<sup>6</sup> Artikel 35 gilt bis zum 31. Dezember 2018.

[28. November 2017](#)---

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

<sup>13</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Versicherung > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL).

## Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1 Chirurgie</b>			
<i>1.1 Allgemein</i>			
...			
<i>Massnahme «Operative Reduktion der gesunden Brust» ersetzen durch:</i>			
Operative Reduktion der gesunden Brust bei <a href="#">Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust</a>	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin <del>nach medizinisch-indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung</del>	1.1.2015/ <a href="#">1.1.2018</a>
...			
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom <del>25. September 2013</del> <a href="#">31. Oktober 2017</a> <sup>14</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom <del>25. September 2013</del> <a href="#">31. Oktober 2017</a> zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrativen Richtlinien der SMOB vom <del>31. Oktober 2013</del> <a href="#">25. September 2017</a> anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, <del>so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender</del>	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ <a href="#">1.1.2018</a>

<sup>14</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<del>Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin, Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt.</del>	
...			
1.2		<i>Transplantationschirurgie</i>	
...			
Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplantate	Ja	<p>Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind.</p> <p>Nach erfolgloser, lege artis durchgeführter konservativer Therapie.</p> <p>Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautäquivalenten bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung vom 1. April 2011<sup>15</sup>.</p> <p>Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind.</p> <p>Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, <u>so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt. Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</u></p>	<p>1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012</p>
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und posttraumatischer Defekte		<p>Betrifft nicht die postoperative Rekonstruktion der Mamma.</p> <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <u>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leis-</u></p>	1.8.2016

<sup>15</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<del>tungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
...			
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm <sup>2</sup> Ausdehnung  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	1.1.2002/ 1.1.2017
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	In Evaluation  Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26.10.2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 bis 31.12.2019
...			
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss.  Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. <del>September</del> <u>9.2004</u> <sup>16</sup> .  Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013

<sup>16</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, <del>so ist vor-gängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</del>	
		...	
		1.4 Urologie und Proktologie	
		...	
Elektrische Neuro-Ja- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentlee- rungsstörungen		Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch des Ver- trauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leis- tungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin.</del>	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008
		An einer anerkannten Institution mit urodyna- mischer Abteilung zur vollständigen urodyna- mischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test).	
		Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation).	
		Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	
Elektrische Neuro-Ja- modulation der sakra- len Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz		Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, <del>der die ent- sprechende Empfehlung durch des Vertrau- ensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leis- tungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin.</del>	1.1.2003/ 1.1.2008
		An einer anerkannten Institution mit Manomet- rier-Abteilung zur vollständigen manometri- schen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven- Evaluation (PNE-Test).	
		Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabili-	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		tation). Nach einem positiven peripheren Nerven- Evaluationstest (PNE).	
		...	
<b>2</b>		<b>Innere Medizin</b>	
2.1		<i>Allgemein</i>	
		...	
		<u>Massnahme «Insulintherapie mit einer Infusionspumpe»</u>	
		<u>Aufgehoben</u>	
		...	
		<u>Insulintherapie mit einer Infusionspumpe</u>	
	Ja	Unter folgenden Voraussetzungen: <del>Die zu behandelnde Person ist eine extrem labile Diabetikerin.</del> <del>Sie kann auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden.</del> <del>Die Indikation des Pumpeneinsatzes und die Betreuung der zu behandelnden Person erfolgen durch ein qualifiziertes Zentrum oder, nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin, durch einen frei praktizierenden Facharzt oder eine frei praktizierende Fachärztin mit entsprechender Erfahrung.</del>	<del>27.8.1987/ 1.1.2000</del>
		...	
		Hämatopoietische Stammzell-Transplantation	
		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
		Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5. Ausgabe vom März 2012 <sup>17</sup> .	
		Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung	

<sup>17</sup> Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 <sup>18</sup> und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007 <sup>19</sup> .	
		Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
-	autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lymphomen 1.1.1997/</li> <li>- bei akuter lymphatischer Leukämie 1.1.2013/</li> <li>- bei akuter myeloischer Leukämie 1.1.2018</li> <li>- beim multiplen Myelom</li> <li>- beim Neuroblastom</li> <li>- beim Medulloblastom</li> <li>- beim Keimzelltumor-</li> <li>- bei der <del>Systemischen</del> Sklerose</li> </ul>
		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Rahmen von klinischen Studien: 1.1.2002/</li> <li>- <del>bei myelodysplastischen Syndromen</del> 1.1.2008/</li> <li>- <del>bei der chronisch myeloischen Leukämie</del> 1.1.2013/</li> <li>- beim Ewing-Sarkom 1.1.2018</li> <li>- bei Weichteilsarkomen bis</li> <li>- beim Wilms-Tumor 31.12.2022<sup>18</sup></li> <li>- <del>beim Rhabdomyosarkom</del> 7</li> </ul>
		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: 1.1.2002/</li> <li>- bei <del>weiteren</del> Autoimmunerkrankungen 1.1.2008/</li> <li>- <del>ausser systemischer Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes Mellitus,-</del> 1.1.2013/</li> <li>1.1.2018</li> <li>bis</li> <li>31.12.2022<sup>18</sup></li> </ul> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und mit ausdrücklicher Bewilligung entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin.</del></p>
		Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.</li> <li>- im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie 1.1.1997/</li> <li>- im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie 1.1.2008/</li> <li>- 1.1.2013/</li> <li>- 1.1.2018</li> <li>- beim Mammakarzinom</li> <li>- beim kleinzelligen Bronchuskarzinom</li> <li>- bei kongenitalen Erkrankungen</li> <li>- beim Ovarialkarzinom</li> <li>- bei seltenen soliden Tumoren</li> </ul>

<sup>18</sup> SR 810.21

<sup>19</sup> SR 810.211

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		im Kindesalter. – bei myelodysplastischen Syndromen – bei der chronisch myeloischen Leukämie – <del>Bei Morbus Crohn</del> – <del>Bei Diabetes mellitus.</del>	
–	allogen	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie 1.1.1997/ – bei akuter lymphatischer Leukämie 1.1.2013/ – bei der chronischen myeloischen 1.1.2018 Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie <del>(HLA-identisches Geschwister als Spender)</del> – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).
		Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: 1.1.2002/ – beim Nierenzellkarzinom: 1.1.2008/ 1.1.2013 bis 31.12.2017
		Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen 1.1.2002/ Multizenterstudien: 1.1.2008/ – bei Autoimmunerkrankungen. 1.1.2013/ 1.1.2018 Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- bis re Gutsprache des Versicherers, <del>der die ent- 31.12.2022</del> <del>sprechende Empfehlung durch den Vertrau- 2024</del> <del>ensarztes oder der Vertrauensärztin</del> <del>berücksichtigt nach Überprüfung der Leis-</del> <del>tungspflicht und mit ausdrücklicher Bewilli-</del> <del>gungentsprechender Empfehlung durch den</del> <del>Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>
		Nein	Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung. – bei soliden Tumoren 1.1.1997/ – beim Melanom: 1.1.2002/ <del>beim Mammakarzinom:</del> 1.1.2008/ <del>beim Nierenzellkarzinom</del> 1.1.2013/ – bei juveniler rheumatoider Arthritis. 1.1.2018
		Nein	<del>beim Mammakarzinom:</del> 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
...			
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom 1.1.1997/ – periodische Beinbewegungen im Schlaf 1.1.2002/ – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose 1.7.2017 unsicher ist	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen</li> </ul> <p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016<sup>20</sup> der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC <del>zertifizierten anerkannten</del> Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p><del>Wenn die Indikationsstellung Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das -oder die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten nicht anerkannt ist Zentrum durchgeführt wird, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</del></p>	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>– eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist;</li> <li>– persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom.  Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

<sup>20</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016<sup>21</sup> der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015<sup>22</sup> erfüllen.</p> <p>Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL <del>zertifiziert-<u>anerkannt</u></del> sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen.</p> <p><del>Wird die</del><u>Soll die</u> Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt <del>werden</del>, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL <del>zertifiziert-<u>anerkannt</u></del> ist, <del>so</del> ist vorgängig <del>die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung die Zustimmung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</del></p>	
...			
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016<sup>23</sup> der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC <del>zertifizierten-<u>anerkannten</u></del> Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p><del>Wird</del><u>Soll</u> die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC <del>zertifizierten-<u>anerkannten</u></del> Zentrum durchgeführt <del>werden</del>, <del>so</del><u>so</u> ist vorgängig die <del>besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfeh-</del></p>	1.1.2000/ 1.7.2017

<sup>21</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>22</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>23</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	<p><del>lung Zustimmung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin einzuholen.</del></p> <p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016<sup>24</sup> der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC <del>zertifizierten anerkannten</del> Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p><del>Wird Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung Zustimmung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin einzuholen.</del></p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Aktigraphie	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016<sup>25</sup> der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC <del>zertifizierten anerkannten</del> Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p><del>Wird Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten anerkannten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung Zustimmung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin einzuholen.</del></p>	1.1.2000/ 1.7.2017
...			
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	<p>Patienten oder Patientinnen mit <del>leichter</del> aktinischer Keratose, <del>gemäss zu beachten sind die</del> <u>Limitationen der Spezialitätenliste<sup>26</sup></u></p>	1.1.2014/ 1.1.2018
...			
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamen-	1.1.2004/

<sup>24</sup> ~~Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).~~

<sup>25</sup> ~~Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).~~

<sup>26</sup> ~~Das Dokument ist einsehbar unter [www.spezialtaetenliste.ch](http://www.spezialtaetenliste.ch)~~

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		tum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms.  Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie.  Kostenübernahme nur auf vorgängige be- sondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch des Ver- trauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leis- tungspflicht und entsprechender Empfehlung durch und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	1.1.2006
...			
2.2		<i>Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin</i>	
...			
Implantierbares Ereignisrekordersys- tem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja	<del>Gemäss den «Richtlinien zur Therapie von Herzrhythmusstörungen mit Herzschrittmach- ern, implantierbaren Defibrillatoren und perkutaner Katheterablation» der Arbeitsgrup- pe «Herzschrittmacher und Elektrophysiolo- gie» der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie vom 26. Mai 2000<sup>27</sup>.</del>	1.1.2001/ 1.1.2018
...			
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>	
...			
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: – Balken- durchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, <del>der die ent- sprechende Empfehlung durch des Vertrau- ensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leis- tungspflicht und entsprechender mit ausdrück- licher Bewilligung Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>  Sofern die Abklärung 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 Epi- leptozentrum, das über die nötige diagnosti- sche Infrastruktur, insbesondere Elektrophysio- logie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009

<sup>27</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und mit entsprechender ausdrücklicher Bewilligung</del> Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule</li> <li>– nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem</li> </ul>	1.1.1999 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule.</p> <p>Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degeneration von maximal zwei Segmenten</li> <li>– keine primäre segmentale Kyphose</li> <li>– Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.</li> </ul> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig <u>die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des</u></p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	<p><del>Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung die Zustimmung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin einzuholen.</del></p> <p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Degeneration von maximal zwei Segmenten</li> <li>- <del>Keine keine</del> primäre Facettengelenksarthrose</li> <li>- Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.</li> </ul> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig <u>die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch dens Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung die Zustimmung durch dens Vertrauensarztes oder dier Vertrauensärztin einzuholen.</u></p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Posteriore pedikel- schraubenbasierte dynamische Stabilisie- rung der Wirbelsäule	Ja	<p>Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig <u>die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung die Zustimmung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin einzuholen.</u></p> <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erforderlich.</li> <li>– Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose</li> </ul> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig <u>die besondere</u></p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<del>Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung die Zustimmung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</del>	
...			
2.5	Krebsbehandlung		
...			
Multigenexpressions- Test beim Mammakarzinom (Breast Cancer Assay)	Ja	In Evaluation Indikation: Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften: – Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loco-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie-Entscheidung.	1.1.2011/ 1.1.2015 bis 31.12.2018 <sup>7</sup>
...		Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie. Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG <sup>28</sup> oder ISO 15189 /17025 <sup>29</sup> entsprechen.	
...			
<b>4</b>	<b>Pädiatrie, Kinderpsychiatrie</b>		
Ambulante multi- professionelle Thera- pieprogramme in Gruppen für überge- wichtige und adipöse Kinder und Jugendliche	Ja	1. Indikation: a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der folgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht al-	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014

<sup>28</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>29</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>kohlbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.</p> <p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006<sup>30</sup> und No. 1/2011 vom 4. März 2011<sup>31</sup>.</p> <p>2. Programme:            ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007<sup>32</sup>. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.            Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, <u>so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und Zustimmung entsprechen der Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin einzuholen.</u></p> <p>3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.</p>	
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	<p>1. Indikation:</p> <p>a. bei Adipositas (BMI &gt; 97. Perzentile);</p> <p>b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren</p>	1.1.2014

<sup>30</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>31</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>32</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung.</p>	
		<p>Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006 und No. 1/2011 vom 4. März 2011.</p>	
		<p>2. Therapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen,</li> <li>b. Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität,</li> <li>c. Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung.</li> </ol>	
		<p>3. Programme für Schritte 2 und 3:</p> <p>ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatria», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007<sup>33</sup>. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, <u>so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die entsprechende Empfehlung durch des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und Zustimmung entsprechen</u></p>	

<sup>33</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<del>der Empfehlung durch dens Vertrauensarz- tes oder dieer Vertrauensärztin einzuholen.</del>	
---			
<b>5 Dermatologie</b>			
...			
Dreidimensionale biologische extrazellu- läre Matrix tierischen Ursprungs	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. <u>Juli</u> <del>7-2011</del> <sup>34</sup> .  Durchführung an Zentren, die von der Schwei- zerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesell- schaft für Wundbehandlung anerkannt sind.  Soll die Behandlung in einem Zentrum durch- geführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, <u>so ist</u> vorgängig <u>die besondere Gutsprache des</u> <u>Versicherers einzuholen, der die entsprechende</u> <u>Empfehlung durch dens Vertrauensarztes oder</u> <u>dieer Vertrauensärztin berücksichtigt nach</u> <u>Überprüfung der Leistungspflicht und entspre-</u> <u>chender Empfehlung durch die Zustimmung</u> <u>dens Vertrauensarztes oder dieer Vertrauensärz-</u> <u>tin einzuholen.</u>	1.7.2011
...			
Behandlung der Ge- sichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, <u>der die ent-</u> <u>sprechende Empfehlung durch dens Vertrau-</u> <u>ensarztes oder dieer Vertrauensärztin</u> <u>berücksichtigt nach Überprüfung der Leis-</u> <u>tungspflicht und mit ausdrücklicher Bewilli-</u> <u>gung entsprechender Empfehlung durch dens</u> <u>Vertrauensarztes oder dieer Vertrauensärztin.</u>	1.7.2013

<sup>34</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
<b>6 Ophthalmologie</b>			
...			
Refraktive Chirurgie (Keratotomie mittels Laser oder chirurgisch)	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich wenn eine durch Brillengläser nicht korrigierbare Anisometropie von mehr als 3 Dioptrien und eine dauerhafte Kontaktlinsenunverträglichkeit vorliegt; zur Korrektur eines Auges auf durch Brillen korrigierbare Werte.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch mit ausdrücklicher Bewilligung desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Refraktive Korrektur mittels Intraokularlinse	Ja	Leistungspflicht ausschliesslich bei Anisometropie von mehr als 10 Dioptrien in Kombination mit Keratotomie.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch mit ausdrücklicher Bewilligung desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>	1.1.2000/ 1.1.2005
...			
<b>7 Oto-Rhino-Laryngologie</b>			
...			
Cochlea-Implantat zur Behandlung beid- seitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch mit ausdrücklicher Bewilligung desn Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</del>  Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen.  In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspitaler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern.  Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014/ <del>1.1.2018</del> bis 31.12.2018
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET) Bei folgenden Indikationen: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren	1.1.2016
		f) Mittels Gallium-68-PSMA-11 In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.1.2017 bis 31.12.2018
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore	1.7.2017
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017
		b) Mittels 18F-Florbetapir	
		c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), Gallium-68-PSMA-11 oder DOTA-Peptiden	

...

## 9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie

...

[Einfügen vor der Massnahme «Protonen-Strahlentherapie»](#)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<u>Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration</u>	Ja	<u>In Evaluation</u> <u>Wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</u> - Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen - <del>Laufende</del> <u>Laufende</u> anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung - <del>Keine</del> <u>Keine</u> Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft - <u>Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)</u>	<u>1.1.2018 bis 30.6.2020</u>
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen. b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: - Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenocystische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) - Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome) - Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) - Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache <del>des Versicherers, der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin.</del>	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen</li> <li>- <u>Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B</u></li> <li>- Alle übrigen Indikationen</li> </ul>	1.7.2012/ 15.7.2015/ <u>1.1.2018</u>
---			
<b>11 Rehabilitation</b>			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch</del> mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes		<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch</del> mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p> <p>Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erhöhtes kardiales Risiko</li> <li>- verminderte Leistung des Myokards</li> <li>- Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.).</li> </ul> <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.</p> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011<sup>37</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009<sup>38</sup>.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010<sup>39</sup>.</p> <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation</li> <li>– Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen</li> <li>– Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikel-funktion</li> <li>– Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).</li> </ul>	
	Ja		
	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.</li> </ul>	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten und Patientinnen mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium I nach Fontaine.</li> </ul>	1.7.2013
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten.	1.1.2005

<sup>37</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>38</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>39</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden. Programmablauf, Personal und Infrastruktur müssen dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung von 2003<sup>40</sup> entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein.</p> <p>Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, <del>der die entsprechende Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung und mit ausdrücklicher Bewilligung durch den Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin.</del></p>	

<sup>40</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

*keine rechtsverbindliche Version*