

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

Kapitel 1 Chirurgie

1.1 Allgemein

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte und Ärztinnen mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose vom 1. Januar 2016, revidiert am 29. September 2016², entspricht	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
...			
<i>Neue Leistung «Metabolische Chirurgie» unterhalb «operative Adipositasbehandlung» einfügen:</i>			
Metabolische Chirurgie	Ja	In Evaluation Der Patient oder die Patientin hat einen schlecht einstellbaren Diabetes mellitus Typ 2 und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 – 35. Der Diabetes mellitus Typ 2 lässt sich aufgrund eines ungenügenden Ansprechens auf eine nicht-chirurgische leitlinienkonforme Therapie über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht suffizient einstellen. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 31. Oktober 2017³ zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die medizinischen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 zu respektieren.	1.1.2021 bis 31.12.2025

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

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

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrative Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	

1.3 Orthopädie, Traumatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	<p>Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm² Ausdehnung. Zur Behandlung von Knorpel-Knochenläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2002/ 1.1.2017/ 1.1.2021
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt Nr. 2019.147.829.01-1⁴).</p> <p>Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 1.1.2020/ 1.1.2021 bis 31.12.2024

1.4 Urologie und Proktologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	<p>Als Zweitlinien- oder Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und Erwägung nicht- resp. minimal-invasiver Therapie-Optionen (tibiale / pudendale Nervenstimulation, Onabotuli-numtoxinA-Injektionen in den Detrusor)</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 9. April 2020.</p>	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 19. Oktober 2017⁵) erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020 erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	<p>Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation).</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 9. April 2020 .</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020⁶) erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020 erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020
Perkutane Elektroneuromodulation des Tibialnervs mit Nadelelektroden	Ja	<p>Zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase oder der Stuhlinkontinenz</p> <p>Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung ausschliesslich durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017⁷) (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020) (bei Stuhlinkontinenz)</p>	1.3.2019/ 1.7.2019
...			

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

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

⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung von Blasenspeicher- störung durch zystoskopische In- jektion von Botulinumtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen. Bei folgenden Indikationen: – Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyper- aktivität in Zusammenhang mit einer neurologi- schen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Be- handlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie durchgeführt wird – idiopathische hyperaktive Blase bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fach- ärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weit- erbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017) durchgeführt wird	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016

Kapitel 2 Innere Medizin

2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Phonokardiographie / akustischer Schnelltest	Nein		1.1.2021

2.3 Neurologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subtha- lamus	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht- parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkon- trolle durch medikamentöse Behandlung.	15.7.2015/ 1.7.2020
	Ja	In Evaluation. Zur Behandlung bei etablierter Diagnose einer idiopa- thischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, Unge- nügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behand- lung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyski- nesien) Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020 bis 31.12.2021
	Ja	In Evaluation. Zur Behandlung bei schweren chronischen therapiere- sistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 bis 31.12.2025
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Durch Ärztinnen und Ärzte mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroencephalographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 ⁸ , oder gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroneuromyographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 12. März 2020 ⁹	1.1.1999/ 1.1.2021

2.5 Krebsbehandlung

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigenexpressions-Test beim Mammakarzinom	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. Testvoraussetzungen: Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013 ¹⁰). Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG ¹¹ oder ISO 15189 /17025 ¹² entsprechen.	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 bis 31.12.2023

Kapitel 8 Psychiatrie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Psychotherapie nach Samuel Widmer (Bezeichnung: «Echte Psychotherapie»)	Nein		1.1.2021

Kapitel 9 Radiologie

9.2 Andere bildgebende Verfahren

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

⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positron-Emissions- Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	<p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008¹³ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ vor einer Herztransplantation, – bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring, – bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten; 2. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011¹⁴ zu FDG-PET; <li style="color: red;">Zur Abklärung von Lungenrundherden, Raumforderungen im Mediastinum und suspekten Raumforderungen an anderen Lokalisationen bei nicht möglicher oder unzumutbarer Biopsie oder zur Lokalisierung des Biopsieortes 3. in der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie, – zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018¹⁵), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren, keiner vorausgegangenen Untersuchung mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography). 4. in der Allgemeinen Inneren Medizin, Infektiologie oder Rheumatologie: <ul style="list-style-type: none"> – bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkonklusiver internistischer und infektiologischer Abklärung und Bildgebung inkl. MRI und/oder CT, auf Anordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie oder Infektiologie, – bei Verdacht auf Grossgefässvaskulitis und zum Therapiemonitoring, auf Anordnung durch Fachärzte und ärztinnen für Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie, 	<p>1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021</p>

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

¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		Innere Medizin, Angiologie und Gefässchirurgie, – bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts, – bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie;	
		5.– In-Evaluation: Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 bis 31.12.2020
		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, nur bei folgenden Indikationen: Zur Abklärung Zum Restaging bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), nur bei folgender Indikation: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.	1.1.2016
		f) Mittels PSMA, nur bei folgenden Indikationen: Zum primären Staging eines neu diagnostizierten nicht-metastasierten Prostatakarzinoms in den Risikokategorien: – Intermediate risk (PSA 10 – 20 ng/ml oder Gleason-Score 7 oder cT-Kategorie 2b) – High-risk (PSA > 20 ng/ml oder Gleason Score > 7 oder cT-Kategorie 2c) Zum Restaging bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms.	1.1.2017 1.1.2019/ 1.1.2021
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgenden Indikationen: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore. Therapieplanung bei Meningeomen.	1.7.2017/ 1.1.2021
		h) Mittels H ₂ ¹⁵ O, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.7.2018

		Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	
		i) Mittels markiertem Amyloid-Tracer, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018 ¹⁶), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	1.4.2020
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels anderen Isotopen als 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), PSMA, DOTA-Peptiden, H215O oder markierten Amyloid Tracern	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020

9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> – Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Blasen-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt – Rektum-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder Lokalrezidiv in vorbestrahltem Areal – Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie – Pankreas-Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor – Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm – Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem <i>Swiss Hyperthermia Network</i> angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen <i>Tumorboard</i> .	1.1.2017/ 1.1.2019 bis 30.6.2021

¹⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Per 1. Januar 2021 gestrichen werden folgende Einträge

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Kardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.9.1967
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: — schwer verkalkte Aorta — Nierenversagen — chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen — hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: — tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (>1,5 mm) Gefässe — peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	1.1.2002
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Implantation eines künstlichen Sphinkters	Ja	Bei schwerer Harninkontinenz.	31.8.1989
Laser bei Tumoren der Blase und des Penis	Ja		1.1.1993
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
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: — Myasthenia gravis — thrombotisch thrombozytopenische Purpura — immunhämolytische Anämie — Leukämie — Goodpasture-Syndrom — Guillain-Barré-Syndrom. — akute Vergiftungen — familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form	25.8.1988
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des	13.5.1976

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Baclofen Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapieresistente Spastizität.	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei Cervix-Carcinom in situ	Ja		1.1.1993
Nicht chirurgische Ablation des Endometriums	Ja	Bei therapieresistenten funktionellen Menorrhagien in der Prämenopause.	1.1.1998
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	23.3.1972/ 1.1.1997
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Laser bei Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
Laser bei Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
— ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
— stationär	Ja		

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Gruppenpsychotherapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1974/ 1.1.1996
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Sprachheilbehandlung	Ja	Wenn sie vom Arzt oder der Ärztin selbst vorgenommen oder unter unmittelbarer ärztlicher Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (vgl. auch Art. 10 und 11 der KLV).	23.3.1972
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	7.3.1974
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969
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 Versicherung.	16.1.1969
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
Ultraschall-Vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	Ja	Wendet der Patient oder die Patientin selber den TENS-Stimulator an, so vergütet der Versicherer die Mietkosten des Apparates unter folgenden Voraussetzungen: — Der Arzt oder die Ärztin oder auf ärztliche Anordnung der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit der TENS erprobt und sie in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben — Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin muss die Selbstbehandlung an der zu behandelnden Person als indiziert bestätigt haben — Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: — Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen, wie 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.	23.8.1984

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome — Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunneleoperation	
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Papanicolaou-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.1.1996/ 1.8.2008
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden ThinPrep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12e Bst. b KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12e Bst. b KLV)	Nein		1.7.2002/ 1.8.2008