Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
1.1 Allgemein			
Massnahmen bei Herzoperationen	Ja	Eingeschlossen sind: Herzkatheterismus; Angiokardiographie einschliesslich Kontrastmittel; Unterkühlung; Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine; Verwendung eines Cardioverters als Pacemaker, Defibrillator oder Monitor; Blutkonserven und Frischblut; Einsetzen einer künstlichen Herzklappe einschliesslich Prothese; Implantation eines Pacemakers einschliesslich Gerät.	1.9.1967
Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen	Ja	Alle Patienten und Patientinnen, die für eine Bypass-Operation vorgesehen sind. Spezielle Vorteile können in folgenden Fällen erwartet werden: – schwer verkalkte Aorta – Nierenversagen – chronisch obstruktive respiratorische Erkrankungen – hohes Alter (über 70–75 Jahre). Kontraindikationen: – tiefe intramyokardiale und schwer verkalkte oder diffuse sehr kleine (> 1,5 mm) Gefässe – peroperative hämodynamische Instabilität auf Grund der Manipulation am Herz oder aufgrund einer Ischämie	1.1.2002
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.	23.08.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Operative Reduktion der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin	1.1.2015/ 1.1.2018
Eigenbluttransfusion	Ja		1.1.1991
Operative Adipositasbehandlung	Ja	Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Medizinischen Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom 31. Oktober 2017[284] zur operativen Behandlung von Übergewicht.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Medizinischen Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach den Administrative Richtlinien der SMOB vom 31. Oktober 2017 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.7.2013
Stationäre Durchführung von elektiven Eingriffen bei Varizen, Hämorrhoiden, Leistenhernien, Adenoiden, Tonsillen, arthroskopischen Eingriffen am Knie, diagnostischen und therapeutischen Eingriffen am Uterus gemäss Referenzdokument des BAG «Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe» Version 1.0 vom 23. November 2017[285]	Ja	Kostenübernahme nur, wenn aufgrund besonderer Umstände eine ambulante Durchführung nicht möglich ist.	1.1.2019

285 Das Referenzdokument ist abrufbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1.2 Transplantationschirurgie			
Isolierte Nierentransplantation	Ja	Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004[286] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[287]. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Isolierte Herztransplantation	Ja	Bei schweren, unheilbaren Herzkrankheiten wie insbesondere ischämischer Kardiopathie, idiopathischer Kardiomyopathie, Herzmissbildungen und maligner Arrhythmie.	31.8.1989
Isolierte Nicht-Lebend-Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung. In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois.	1.1.2003
Herz-Lungentransplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Isolierte Lebertransplantation	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich zehn Lebertransplantationen pro Jahr).	31.8.1989/ 1.3.1995
Lebend-Lebertransplantation	Ja	Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève.	1.1.2003
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010

286 SR **810.21**
287 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Pankreastransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simultane Insel- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Insel- nach Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Isolierte Allotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Autotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarmtransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerale Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten	Ja	Bei Erwachsenen: – Verbrennungen von 70 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche Bei Kindern: – Verbrennungen von 50 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche – tiefe Verbrennungen von 40 % oder mehr der gesamten Körperoberfläche	1.1.1997/ 1.1.2001
Autologe Fetttransplantation zur Korrektur konnataler, krankheitsbedingter und posttraumatischer Defekte	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.8.2016/ 1.7.2018
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruktion der Mamma	Ja	In Evaluation Als ergänzende Massnahme zur Massnahme «Operative Mammarekonstruktion» nach Ziff. 1.1. Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation	1.7.2018 bis 30.06.2023
1.3 Orthopädie, Traumatologie			
Behandlung von Haltungsschäden	Ja	Leistungspflicht nur bei eindeutig therapeutischem Charakter, d.h. wenn durch Röntgenauf-	16.1.1969

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nahmen 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.	
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	Nein		1.1.1997
Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) am Bewegungsapparat	Nein		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Radiale Stosswellentherapie	Nein		1.1.2004
Hüftprotektor zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	Nein		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm^2 Ausdehnung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2017
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 26. Oktober 2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 1.1.2020 bis 31.12.2020
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss. Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. September 2004[288]. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Kollagen-Meniskus-Implantat	Nein		1.8.2008
Laser-Meniscectomie	Nein		1.1.2006
1.4 Urologie und Proktologie			
Uroflowmetrie (Messung des Urinflusses mit kurvenmässiger Registrierung)	Ja		3.12.1981/ 1.1.2012
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierensteinzertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen des 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 oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle	22.8.1985/ 1.8.2006

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).	
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen			
– Penisprothese	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
– 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
Embolisationsbehandlung bei Varikozele testis			
– mittels Verödungs- oder Coilmethode	Ja		1.3.1995
– mittels Balloons oder Mikrocoils	Nein		1.3.1995
Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie	Nein		1.1.1997
Hochenergie Transurethrale Mikrowellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit urodynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test). Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).	1.1.2003/ 1.1.2008
Perkutane Elektroneuromodulation des Tibialnervs mit Nadelelektroden	Ja	Zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase oder der Stuhlinkontinenz Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen Indikationsstellung und Durchführung ausschliesslich durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (bei Stuhlinkontinenz)	1.3.2019/ 1.7.2019
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.7.2017
Behandlung von Blasenspeicherstörung durch cystoskopische Injektion von Botulinumtoxin Typ A in die Blasenwand	Ja	Nach Ausschöpfung konservativer Therapieoptionen. Bei folgenden Indikationen: – Harninkontinenz infolge neurogener Detrusorhyperaktivität in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie durchgeführt wird – idiopathische hyperaktive Blase bei Erwachsenen, sofern die Behandlung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie durchgeführt wird	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Urologische Stents	Ja	Wenn ein chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbidität oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung oder aus technischen Gründen kontraindiziert ist.	1.8.2007

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hoch intensiver fokussierter Ultraschall (HIFU) zur Behandlung des Prostatakarzinoms	Nein		1.7.2009
Transurethrale photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostataobstruktionssyndrom.	1.7.2011
2 Innere Medizin			
2.1 Allgemein			
Ozon-Injektionstherapie	Nein		13.5.1976
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	Bei	
		– chronischen Bestrahlungsschäden und Bestrahlungsspätschäden	1.4.1994
		– akuter Osteomyelitis am Kiefer – chronischer Osteomyelitis	1.9.1988
		– diabetischem Fusssyndrom im Stadium ≥2B nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation	1.7.2011
		– Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung im Ausland, wenn der Transport zur nächsten hyperbaren Druckkammer innerhalb der Schweiz nicht schnell und schonend genug gewährleistet werden kann. In den Zentren gemäss dem «Merkblatt für Rettungsdienste» von Divers Alert Network (DAN) und REGA.[289]	1.1.2006/ 1.7.2011
	Nein	– akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2016
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serocytotherapie	Nein		3.12.1981
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr	7.3.1974
		– bei Übergewicht und konkomittierender Krankheit, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	
– durch Amphetaminderivate	Nein		1.1.1993
– durch Schilddrüsenhormon	Nein		7.3.1974
– durch Diuretika	Nein		7.3.1974
– durch Chorion-Gonadotropin-Injektionen	Nein		7.3.1974
Hämodialyse («künstliche Niere»)	Ja		1.9.1967
Hämodialyse in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Peritonealdialyse	Ja		1.9.1967
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995
Sondenfreie enterale Ernährung zu Hause	Ja	Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause»[290] vom Januar 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe	Ja		1.1.1997

Plasmapherese	Ja	Indikationen:
		– Hyperviskositätssyndrom
		– Krankheiten des Immunsystems, bei denen die Plasmapherese sich als wirksam erwiesen hat, wie insbesondere:
		  – myastenia gravis
		  – trombotisch trombozytopenische Purpura
		  – immunhämolytische Anämie
		  – Leukämie
		  – Goodpasture-Syndrom
		  – Guillain-Barré-Syndrom.
		  – akute Vergiftungen
		– familiäre Hypercholesterinämie homozygoter Form
			25.8.1988

LDL-Apherese	Ja	Bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Durchführung in einem Zentrum, das über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügt.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Nein	Bei heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie.	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Nein	Bei therapierefraktärer Hypercholesterinämie.	1.1.2007
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren. Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7. Ausgabe vom März 2018[291]. Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019

290 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
291 Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004[292] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[293]. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
– autolog	Ja	– bei Lymphomen – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei akuter myeloischer Leukämie – beim multiplen Myelom – beim Neuroblastom – beim Medulloblastom – beim Keimzelltumor – bei der systemischen Sklerose	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes Mellitus Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Ja	In Evaluation – bei Multipler Sklerose Am Universitätsspital Zürich im Rahmen einer Registerstudie. Indikationsstellung durch interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantationsboard des Universitätsspitals Zürich.	1.7.2018 bis 30.6.2024

292 SR **810.21**
293 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	– im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie – im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie – beim Mammakarzinom – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom – bei kongenitalen Erkrankungen – beim Ovarialkarzinom – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter – bei myelodysplastischen Syndromen – bei der chronisch myeloischen Leukämie – bei Morbus Crohn – bei Diabetes mellitus	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogen	Ja	– bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei der chronischen myeloischen Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie).	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 bis 31.12.2022
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom – beim Mammakarzinom – beim Nierenzellkarzinom – bei rheumatoider Arthritis.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
Gallenstein-zertrümmerung	Ja	Intrahepatische Gallensteine; extrahepatische Gallensteine im Bereich des Pankreas und des Choledochus. Gallenblasensteine bei inoperablen Patienten und Patientinnen (auch laparoskopische Cholezystektomie ausgeschlossen).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächt-	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		liche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016[294] der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist.	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 für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016[295] 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»	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

294 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
295 Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015[296] erfüllen. Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Soll die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt werden, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Messung des Melatoninspiegels im Serum	Nein		1.1.1997
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016[297] der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016[298] der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die	1.1.2000/ 1.7.2017

296 Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
297 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
298 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016[299] der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.7.2017
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, basozellularen Karzinomen, Morbus Bowen und dünnen spinozellularen Karzinomen.	1.7.2002
Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure	Ja	Patienten oder Patientinnen mit aktinischer Keratose, gemäss Limitationen der Spezialitätenliste	1.1.2014/ 1.1.2018
Kalorimetrie und/oder Ganzkörpermessung im Rahmen der Adipositasbehandlung	Nein		1.1.2004
Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökalklappe bei – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms. Nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2004/ 1.1.2006

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z. B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Ja	In Evaluation	1.1.2009/ 1.8.2016
		Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.	1.1.2020 bis 31.12.2021
2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
Sequentielle peristaltische Druckmassage	Ja		27.3.1969/ 1.1.1996
EKG-Langzeitregistrierung	Ja	Als Indikationen kommen vor allem Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Durchblutungsstörungen des Myokards (Koronarerkrankungen) in Frage. Das Gerät kann auch der Überwachung der Behandlungseffizienz dienen.	13.5.1976
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.1.2001/ 1.1.2018
Telefonische Überwachung von Pacemaker-Patienten und -Patientinnen	Nein		12.05.1977
Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten	Ja		1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015
Implantation eines Defibrillators	Ja		31.8.1989
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.1.2000
Kardiale Resynchronisationstherapie auf Basis eines Dreikammer-Schrittmachers, Implantation und Aggregatwechsel	Ja	Bei schwerer, therapierefraktärer chronischer Herzinsuffizienz mit ventrikulärer Asynchronie. Unter folgenden Voraussetzungen: – Schwere chronische Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) mit einer linksventrikulären Auswurffraktion ≤ 35 % trotz adäquater medikamentöser Therapie – Linksschenkelblock mit QRS-Verbreiterung	1.1.2003/ 1.1.2004

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		auf ≥ 130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echokardiographie, Programmierkonsole, Herzkatheterlabor) verfügen.	
Intrakoronare Brachytherapie	Nein		1.1.2003
Implantation von beschichteten Koronarstents	Ja		1.1.2005
Koronarangioplastie mit einem Paclitaxel freisetzenden Ballonkatheter	Ja	Indikationen: – In-Stent-Restenosen – Stenosen bei kleinen Herzkranzgefässen	1.7.2012
Perkutane interventionelle Behandlung der schweren Mitralklappeninsuffizienz	Ja	Bei inoperablen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Mitralklappeninsuffizienz (prädiktive Mortalität von 10 %–15 % innerhalb von einem Jahr) und geeigneter Herzklappenmorphologie. Teilnahme am «Mitra Swiss Registry»	1.1.2013
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)	Ja	In Evaluation. Bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen, unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Das TAVI-Verfahren muss gemäss den europäischen Richtlinien «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)»[300] durchgeführt werden. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten und Spezialistinnen angehören: zwei Fachärzte oder Fachärztinnen für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Herzchirurgie und für Anästhesie. 4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	1.7.2013/ 1.1.2019 1.7.2019 bis 30.6.2020

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie			
Massagen bei Lähmungen infolge Erkrankung des Zentralnervensystems	Ja		23.3.1972
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Elektrostimulation des Rückenmarks durch die Implantation eines Neurostimulationssystems	Ja	Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände, vor allem Schmerzen vom Typ der Deafferentation (Phantomschmerzen), 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 Nervenausriss), wenn eine strenge Indikation erstellt wurde und ein Test mit perkutaner Elektrode stattgefunden hat. Der Wechsel des Pulsgenerators gehört zur Pflichtleistung. Behandlung schwerer Dystonien mit ungenügender Symptomkontrolle durch medikamentöse Therapie. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die notwendige Infrastruktur verfügen (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie).	1.3.1995/ 1.7.2011
Elektrische Neuromodulation der Beckennerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparoskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.7.2013/ 1.7.2014

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapieresistenten parkinsonschen Krankheit (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulationen im Pallidum, Thalamus und Subthalamus)	Ja	Etablierte Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit. Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre. Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (off-Phänomen, on/off-Fluktuationen, on-Dyskinesien). Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, welche über die notwendigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie).	1.7.2000
Stereotaktische Operation (Radiofrequenzläsionen und chronische Stimulation des Thalamus) zur Behandlung des chronischen, therapieresistenten, nicht parkinsonschen Tremors	Ja	Etablierte Diagnose eines nicht parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre; ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung. Abklärung und Durchführung in spezialisierten Zentren, die über die nötigen Infrastrukturen verfügen (funktionelle Neurochirurgie, Neurologie, neurologische Elektrophysiologie, Neuroradiologie).	1.7.2002
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	In Evaluation Zur Behandlung bei: – etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien) – etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung – schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015 bis 30.6.2020
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	23.8.1984

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 – Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen, wie z. B. weiter bestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernieoperation oder Carpaltunneloperation	
Periphere Nervenstimulation der Okzipitalnerven	Ja	Bei therapierefraktärer chronischer Migräne gemäss den Diagnosekriterien der International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1).[301]	1.7.2014
Baclofen-Therapie mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja	Therapierefraktäre Spastizität.	1.1.1996
Intrathekale Behandlung chronischer somatogener Schmerzen mit Hilfe eines implantierten Medikamenten-Dosierers	Ja		1.1.1991
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Die verantwortliche untersuchende Person besitzt das Zertifikat bzw. den Fähigkeitsausweis für Elektroencephalographie oder Elektroneuromyographie der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie.	1.1.1999
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: – Nachweis des Vorliegens einer «Herdepilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfallsleiden – Nachgewiesene Pharmakotherapieresistenz – Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt	1.1.1996/ 1.8.2006

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: – Balkendurchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. 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 Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, 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
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.1.2004
Kryoneurolyse	Nein	Bei der Behandlung von Schmerzen der lumbalen intervertebralen Gelenke.	1.1.1997
Denervation der Facettengelenke mittels Radiofrequenztherapie	Nein		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Patientinnen mit therapieresistenten invalidisierenden spondylogenen oder radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene instabile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule – nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschraubensystem	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. 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. – Degeneration von maximal zwei Segmenten	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
		– keine primäre segmentale Kyphose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule. 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. – Degeneration von maximal zwei Segmenten – keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der	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	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
Posteriore pedikelschraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikationen: – Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginnen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Allgemeinnarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen)	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	1.7.2010
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)	Ja		1.7.2011/ 1.7.2012
2.4 Physikalische Medizin, Rheumatologie			
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion eines künstlichen Gleitmittels	Nein		25.3.1971
Arthrosebehandlung mit intraartikulärer Injektion von Teflon oder Silikon als «Gleitmittel»	Nein		12.5.1977
Synoviorthese	Ja		12.5.1977
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001
2.5 Krebsbehandlung			
Krebsbehandlung mit Infusionspumpen (Chemotherapie)	Ja		27.8.1987
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Extremitäten-Perfusion in Hyperthermie mit Tumor-Necrosis-Factor (TNF)	Ja	Bei malignen Melanomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. Bei Weichteilsarkomen mit ausschliesslichem Befall einer Extremität. In spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der interdisziplinären Behandlung von ausgedehnten Melanomen und Sarkomen mit dieser Methode. Das behandelnde Team setzt sich zusammen aus Fachärzten und Fachärztinnen für onkologische Chirurgie, vaskuläre Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin. Die Behandlung muss im Operationssaal unter Vollnarkose und kontinuierlicher Überwachung mittels Swan-Ganz-Katheter durchgeführt werden.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Nein	Bei Melanomen und Sarkomen mit – Befall oder Infiltration der Extremitäten-Wurzel (z. B. Inguinalbefall); – Fernmetastasen	1.1.2001
Aktive spezifische Immuntherapie zur adjuvanten Behandlung des Kolonkarzinoms im Stadium II	Nein		1.8.2007
Low-dose-rate-Brachytherapie	Ja	Mit Jod-125- oder Palladium-103-seeds. Bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem oder mittlerem Rezidivrisiko und – einer Lebenserwartung > 5 Jahre – einem Prostatavolumen < 60 ccm – keinen schweren obstruktiven Harn-Abflussstörungen. Qualifiziertes Zentrum mit enger interdisziplinärer Kooperation zwischen Fachärzten und Fachärztinnen für Urologie, Radio-Onkologie und Medizin-Physikern und -Physikerinnen.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigenexpressionstest 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 loko-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. Bei Durchführung des labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG[302] oder ISO 15189 /17025[303] entsprechen.	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 bis 31.12.2023
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei an Krebs erkrankten Jugendlichen und Erwachsenen	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. Massnahmen bei der Frau: – Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von befruchteten oder unbefruchteten Eizellen; eine allfällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Versicherung; oder – Resektion, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe; Massnahmen beim Mann: – Kryokonservierung von Spermien; – wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion). Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinaus gehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes	1.7.2019

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.	
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:	Ja	Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lympho-depletierende Vortherapien, Infusion der CAR-T-Zellen sowie Behandlung von allfälligen CAR-T-spezifischen Nebenwirkungen. Durchführung in den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» für eine allogene und / oder autologe Stammzelltransplantation akkreditierten Zentren gemäss den von JACIE und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6. Ausgabe vom März 2017 oder 7. Ausgabe vom März 2018. Alle Fälle müssen in einem Register erfasst werden. Soll die Therapie in einem Zentrum erfolgen, das nicht gemäss den genannten Voraussetzungen anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020
– Tisagenlecleucel: Bei rezidiviertem oder therapierefraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien. Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:	Ja	In Evaluation. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020 bis 31.12.2022

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– refraktär – nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiviert, oder – nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiviert ist.			
– Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiviertem oder therapierefraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien	Ja	In Evaluation. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020 bis 31.12.2022
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
Ultraschalldiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie	Ja	Vorbehalten bleibt Artikel 13 Buchstabe b KLV für Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft.	23.3.1972/ 1.1.1997
Künstliche Insemination	Ja	Mittels intrauteriner Insemination. Höchstens drei Behandlungszyklen pro Schwangerschaft.	1.1.2001
In-vitro-Fertilisation zur Abklärung der Sterilität	Nein		1.4.1994
In-Vitro-Fertilisation und Embryotransfer	Nein		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilisation: – bei der Frau	Ja	Im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn eine Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.	11.12.1980
– beim Ehemann	Ja	Wo die zu vergütende Sterilisation der Frau nicht möglich oder vom Ehepaar nicht erwünscht ist, hat der Versicherer der Frau für die Kosten der Sterilisation des Ehemannes aufzukommen.	1.1.1993

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
Papanicolau-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms (Art. 12*e* Bst. b KLV)	Ja		1.1.1996/ 1.8.2008
Dünnschicht-Zytologie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms mit den Methoden Thin-Prep oder Autocyte Prep / SurePath (Art. 12*e* Bst. b KLV)	Ja		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Nachweis des Human-Papilloma-Virus beim Cervix-Screening (Art. 12*e* Bst. b KLV)	Nein		1.7.2002/ 1.8.2008
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Konsensusstatements der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) und der Arbeitsgruppe «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184[304].	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Schlingenoperation zur Behandlung der Stressinkontinenz bei der Frau	Ja	– Gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG, Update Expertenbrief vom 16. Juni 2016 mit dem Titel «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)»[305] – Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
4 Pädiatrie, Kinderpsychiatrie			
Ambulante multiprofessionelle Therapieprogramme in Gruppen für übergewichtige 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 alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006[306] und No. 1/2011 vom 4. März 2011[307]. 2. Programme: ärztlich geleitete Gruppenprogramme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007[308]. Bei ärztlich geleiteten Gruppenprogrammen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. 3. Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014
	Nein	Vereinfachtes Programm für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren.	1.1.2014

306 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
307 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
308 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante individuelle multiprofessionelle strukturierte Therapie für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in 4 Schritten	Ja	1. Indikation: a. bei Adipositas (BMI > 97. Perzentile); b. bei Übergewicht (BMI zwischen 90. und 97. Perzentile) und Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten, deren Prognose sich durch das Übergewicht verschlechtert oder die eine Folge des Übergewichts ist: Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, endokrine Störungen, Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen, nicht alkoholbedingte Fettleberhepatitis, respiratorische Erkrankungen, Glomerulopathie, Essstörungen in psychiatrischer Behandlung. Definition von Adipositas, Übergewicht und Krankheiten gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) herausgegebenen Empfehlungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 6/2006 vom 19. Dezember 2006[309] und No. 1/2011 vom 4. März 2011[310]. 2. Therapie: a. Schritt 1: ärztlich betreuter multidisziplinärer Ansatz während 6 Monaten mit höchstens 6 Ernährungsberatungssitzungen und 2 diagnostischen Physiotherapiesitzungen, b. Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete multidisziplinäre Programme, wenn die Therapiedauer über die 6 Monate von Schritt 1 hinausgeht oder bei Vorliegen einer bedeutenden Komorbidität, c. Schritt 4: ärztliche Nachbehandlung. 3. Programme für Schritte 2 und 3: ärztlich geleitete Programme mit multiprofessionellem Therapieansatz gemäss den vom Schweizer Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj) herausgegebenen Anforderungen in der Fachzeitschrift «Pediatrica», Ausgabe No. 2/2007 vom 13. April 2007[311]. Bei ärztlich geleiteten Programmen, die durch die gemeinsame Kommission der SGP und des akj anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.	1.1.2014

309 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
310 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
311 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Soll die Therapie in einem Programm erfolgen, das von der gemeinsamen Kommission der SGP und des akj nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Spiel- und Maltherapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch-geführt.	7.3.1974
Behandlung bei Enuresis mit Weckapparaten	Ja	Nach dem vollendeten fünften Altersjahr.	1.1.1993
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Gruppenturnen für übergewichtige Kinder	Nein		18.1.1979
Atemmonitoring; Atem- und Herz-frequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonografie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008
Stationäre wohnort-ferne Behandlung bei schwerem Über-gewicht	Nein		1.1.2005
Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen mittels «Packing»-Methode	Nein		1.7.2019
5 Dermatologie			
PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen	Ja		15.11.1979
Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)	Ja	Sofern unter verantwortlicher Aufsicht und Kontrolle eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt.	11.12.1980
Embolisationsbe-handlung von Ge-sichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
– Condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
– Aknenarben	Nein		1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Klimatherapie am Toten Meer	Nein		1.1.1997/ 1.1.2001
Ambulante Balneo-Phototherapie	Nein		1.7.2002
Zellstimulation durch pulsierende akustische Wellen (PACE) zur Behandlung akuter und chronischer Wundheilungsstörungen der Haut	Nein		1.7.2009
Anwendung von Hautäquivalenten	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind. Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April 2018 Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2011/ 1.3.2019
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011
Behandlung der Gesichtslipoatrophie mit Füllmaterial	Ja	Bei Auftreten der Gesichtslipoatrophie nach einer medikamentösen Behandlung oder im Rahmen einer Erkrankung. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2013
6 Ophthalmologie			
Sehschule	Ja	Sofern vom Arzt oder der Ärztin selbst oder unter unmittelbarer ärztlicher Aufsicht durchgeführt.	27.3.1969

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Visuelle evozierte Potenziale als Gegenstand ophthalmologischer Spezialuntersuchungen	Ja		15.11.1979
Ultraschallbiometrie des Auges vor Staroperationen	Ja		8.12.1983
Laser bei:			
– diabetischer Retinopathie	Ja		1.1.1993
– Retinaleiden (inkl. Apoplexia retinae)	Ja		1.1.1993
– Kapsulotomie	Ja		1.1.1993
– Trabekulotomie	Ja		1.1.1993
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, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	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, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.1.2005
Deckung von Cornea-Defekten mittels Amnionmembran	Ja		1.1.2001
Photodynamische Therapie der Makuladegeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2006
	Ja	Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2008
Dilatation bei Tränenkanalstenose mit Lacri-Cath	Nein		1.1.2003/ 1.1.2005

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Dilatation von Tränengangsstenosen mittels Ballonkatheter	Ja	– Unter Durchleuchtungskontrolle – Mit oder ohne Stent-Einlage – Ausführung durch interventionelle Radiologen oder Radiologinnen mit entsprechender Erfahrung.	1.1.2006/ 1.1.2008
Scanning-Laser-Ophthalmoskopie	Ja	Indikationen: – Bei schwer behandelbarem Glaukom zur Indikationsstellung für chirurgischen Eingriff – Indikationsstellung für Behandlungen der Retina Untersuchung am Zentrum, an dem der Eingriff bzw. die Behandlung durchgeführt werden soll.	1.1.2004/ 1.8.2008
UV-Crosslinking der Hornhaut bei Keratokonus	Nein		1.8.2008
Keratokonusbehandlung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsenunverträglichkeit besteht. Durchführung an A-, B- und C-Zentren/ Kliniken (gemäss der Liste der FMH für anerkannte Weiterbildungsstätten in der Ophthalmologie).	1.8.2007
Osmolaritätsmessung der Tränenflüssigkeit	Nein		1.1.2010
7 Oto-Rhino-Laryngologie			
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
Ultraschall-vibrationsaerosole	Ja		7.3.1974
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Stimmprothese	Ja	Implantation anlässlich einer totalen Laryngektomie oder nach erfolgter totaler Laryngektomie. Der Wechsel einer implantierten Stimmprothese gehört zur Pflichtleistung.	1.3.1995
Laseranwendung bei: – Papillomatose der Atemwege – Zungenresektion	 Ja Ja Ja		 1.1.1993 1.1.1993
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Bei peri- und postlingual ertaubten Kindern und spät ertaubten Erwachsenen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		In folgenden Zentren: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Universitätsspitäler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	
Implantation von Knochenleitungs-Hörimplantaten oder von deren Teilkomponenten (transkutane und perkutane Systeme)	Ja	Indikationen: – chirurgisch nicht korrigierbare Erkrankungen und Missbildungen von Mittelohr und äusserem Gehörgang – Umgehung eines riskanten chirurgischen Eingriffs am einzig hörenden Ohr – Intoleranz eines Luftleitungsgerätes – Ersatz eines konventionellen Knochenleitungsgerätes bei Auftreten von Beschwerden, ungenügendem Halt oder ungenügender Funktion.	1.1.1996/ 1.1.2015
Implantation des Mittel-Ohrimplantatsystems Typ «Vibrant Soundbridge» zur Behandlung einer Innenohrschwerhörigkeit	Ja	Einsatz bei Patienten und Patientinnen, die aus medizinischen oder audiologischen Gründen kein konventionelles Hörgerät tragen können (z.B. bei rezidivierender Otitis externa, Allergie, Exostose, usw.).	1.1.2005
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	Nein		1.1.1997
Speichelsteinlithotripsie	Ja	Durchführung in einem Zentrum, das über die entsprechende Erfahrung verfügt (Mindestfrequenz: durchschnittlich 30 Erstbehandlungen pro Jahr).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Behandlung von Rauschgiftsüchtigen			25.3.1971
– ambulant	Ja	Leistungskürzungen zulässig bei nachgewiesenem schweren Selbstverschulden.	
– stationär	Ja		
Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	Ja	1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen: a. bei der methadon-, buprenorphin- und morphin-retard-gestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Juli 2013[312]; b. bei der heroingestützten Behandlung: Bestimmungen der Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (SR *812.121.6*) sowie Richtlinien	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		und Empfehlungen des Handbuches des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information» vom September 2000[313]. 2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein. 3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen: a. ärztliche Leistungen: – Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zugrunde liegende Störungen – Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen) – Erstellen der Diagnose und der Indikation – Erstellen eines Behandlungsplanes – Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer – Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt – Qualitätssicherung – Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen – Evaluation des therapeutischen Prozesses – Rückfragen bei der Abgabestelle – Überprüfung der Diagnose und der Indikation – Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden – Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer – Qualitätskontrolle. b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin: – Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle – Überwachte Abgabe der Substanz	

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		oder des Präparates – Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde – Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin – Beratung 4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden. 5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden.	
Opiatentzugs-eilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugs-eilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.1.1998
Ambulanter Opiatent-zug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhance-ment (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Gruppenpsycho-therapie	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	25.3.1971/ 1.1.1996
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Spiel- und Mal-therapie bei Kindern	Ja	Sofern durch den Arzt oder die Ärztin unter direkter ärztlicher Aufsicht durch-geführt.	7.3.1974
Psychodrama	Ja	Gemäss Artikel 2 und 3 der KLV.	13.5.1976/ 1.1.1996
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Musiktherapie	Nein		11.12.1980

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Internet-basierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Insomnie	Ja	1. Ärztliche Psychotherapie gemäss Artikel 2 KLV auf Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie mit insbesondere den Bausteinen: Bettzeitrestriktion, Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken, kognitive Umstrukturierung, Rückfallprophylaxe. Die Therapie ist manualbasiert und beinhaltet regelmässigen Kontakt zwischen Leistungserbringer und Versicherten, sowie Einstiegs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik. 2. Nach vorgängiger Konsultation. 3. Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens 16 Wochen Therapie. Das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Artikel 3*b* KLV.	1.1.2017
Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rtMS) zur Behandlung der Depression	Nein		1.1.2018
9 Radiologie			
9.1 Röntgendiagnostik			
Computertomographie (Scanner)	Ja	Keine Routineuntersuchungen (Screening).	15.11.1979
Knochendensitometrie – mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)	Ja	– bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma – bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypogonadismus – Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie) – primärer Hyperparathyreoïdismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht) – Osteogenesis imperfecta – HIV – bei Therapie mit Aromatasehemmer (nach der Menopause) oder mit der Kombination GnRH-Analogon+Aromatasehemmer (vor der Menopause), zu Beginn und maximal alle 2 Jahre unter laufender Therapie	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010 1.7.2012 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015 1.7.2019
		Die DEXA-Untersuchungskosten werden nur in einer Körperregion übernommen. Spätere DEXA-Untersuchungen werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt, und höchstens jedes zweite Jahr.	1.3.1995

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
Knochendensitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen-resorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochen-formationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2008
9.2 Andere bildgebende Verfahren			
Magnetische Kern-resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008[314] der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen: 1. in der Kardiologie: – 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: – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011[315] zu FDG-PET; 3. in der Neurologie: – präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie, – zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz	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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		von maximal 5 Jahren sowie keiner vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*). 4. in der Allgemeinen Inneren Medizin oder Infektiologie: – bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkonklusiver internistischer und infektiologischer Abklärung und Bildgebung inkl. MRI und CT, auf Anordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie, – 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 bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014/ 1.1.2018 1.1.2019
		In Evaluation: Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.7.2018 bis 30.6.2020
		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 folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms.	1.1.2017 1.1.2019

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore.	1.7.2017
		h) Mittels $H_2{}^{15}O$, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.7.2018
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels 18F-Florbetapir c) Mit anderen Isotopen als 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), PSMA, DOTA-Peptiden oder $H_2{}^{15}O$	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
Magnet-Enzephalographie	Nein		1.7.2002
Ultraschall-Elastographie der Leber	Ja	Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitiden, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2012
9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie			
Pionen-Strahlentherapie	Nein		1.1.1993
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Ja	In Evaluation Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: – Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen – laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung – keine Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen, hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft – Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.1.2018 bis 30.6.2020
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen a) Bei intraokulären Melanomen.	28.8.1986/ 1.1.1993

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
		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 des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
	Nein	– Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B – Alle übrigen Indikationen	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	Ja	Indikationen: – Akustikusneurinome – Rezidive von Hypophysenadenomen oder Kraniopharyngeomen – nicht radikal operable Hypophysenadenome oder Kraniopharyngeome – arterio-venöse Missbildungen – Meningeome	1.1.1996
	Ja	Bei funktionellen Störungen, insbesondere Schmerzsyndromen (z.B. Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz), Bewegungsstörungen (z.B. essenzieller Tremor, bei Morbus Parkinson), Epilepsien (z.B. Temporallappenepilepsien, epileptische Hamartome, extratemporale Epilepsien)	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgie mit LINAC	Ja	– bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	– bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Implantation von Goldmarkern	Ja	Zur Bestrahlungsmarkierung der Prostata	1.8.2008
Injektion von Polyethylenglykol-Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata	1.7.2012/ 1.7.2014
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapierefraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokalablative Verfahren nicht möglich sind oder keine Wirkung gezeigt haben. Durchführung in einem interdisziplinären, hepatobiliären Zentrum mit hepatobiliärer Sprechstunde (spezialisierte hepatobiliäre Chirurgie, interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinische Onkologie).	1.7.2010
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Perkutane Diskektomie unter Fluoroskopie und CT-Kontrolle	Nein		1.1.2014
Transperineale Implantation eines biodegradierbaren Ballons	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der perkutanen Bestrahlung der Prostata.	1.1.2015
Regionäre Oberflächenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: – Inoperable Brust/Brustwandrezidive bei Mammakarzinom in vorbestrahltem Areal – Inoperable Lymphknotenmetastasen von HNO-Tumoren in vorbestrahltem Areal – Oberflächliche Lymphknotenmetastasen und Lokalrezidive bei malignem Melanom – Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network	1.1.2017

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.	
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Bei folgenden Indikationen: – 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 – Schmerzhafte Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem *Swiss Hyperthermia Network* angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen *Tumorboard*.	1.1.2017/ 1.1.2019 bis 31.12.2020
10 Komplementärmedizin			
Akupunktur	Ja		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Anthroposophische Medizin	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Ärztliche Klassische Homöopathie	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Phytotherapie	Ja		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke)	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
11 Rehabilitation			
Stationäre Rehabilitation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2003
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. 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: – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.). Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht: 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[316]. Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009[317]. Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010[318].	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

316 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
317 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.
318 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Indikationen: – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion – Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ II (Limitation: höchstens einmal in drei Jahren).	
	Ja	– Patienten und Patientinnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), ab Stadium IIa nach Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	Nein	– Patienten und Patientinnen mit asymptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium I nach Fontaine.	1.7.2013
Pulmonale Rehabilitation	Ja	Programme für Patienten und Patientinnen mit schweren chronischen Lungenkrankheiten. 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[319] entsprechen. Der Leiter oder die Leiterin des Programms muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung, anerkannt sein. Kostenübernahme maximal 1 mal pro Jahr. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2005

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

Anhang 1a[320]
(Art. 3*c*)

Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

1. Krampfaderoperationen der unteren Extremität

Die mit * markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie einseitig erfolgen.

Kode gemäss CHOP, Version 2020[321]	Bezeichnung
Ligatur und Stripping von Varizen:	
38.50	Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation nicht näher bezeichnet
Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität:	
38.59.00	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet
38.59.10	Ligatur, Exzision und Stripping von Varizen und Vv. perforantes der unteren Extremität (als selbstständiger Eingriff)
38.59.20*	Crossektomie und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet
38.59.21*	Crossektomie und Stripping, V. saphena magna
38.59.22*	Crossektomie und Stripping, V. saphena parva
38.59.30*	(Isolierte) Crossektomie, nicht näher bezeichnet
38.59.31*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna
38.59.32*	(Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva
38.59.40	Lokale Lasertherapie von Varizen
38.59.50	Endoluminale Therapie von Varizen
38.59.51	Endovenöse Lasertherapie von Varizen (EVLT)
38.59.52	Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen
38.59.59	Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige
38.59.99	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige
Sonstige Exzision von Gefässen:	
38.69	Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität

320 Eingefügt durch Ziff. III Abs. 4 der V des EDI vom 7. Juni 2018 (AS **2018** 2361). Fassung gemäss Ziff. II Abs. 2 der V des EDI vom 30. Nov. 2018 (AS **2018** 5085). Bereinigt gemäss Ziff. II Abs. 1 der V des EDI vom 6. Dez. 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS **2019** 4387).

321 Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), Version 2020, ist abrufbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung.

2. Eingriffe an Hämorrhoiden

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
Eingriffe an Hämorrhoiden:	
49.40	Eingriffe an Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
49.41	Reposition von Hämorrhoiden
49.42	Injektion in Hämorrhoiden
49.43	Kauterisierung von Hämorrhoiden
49.44	Destruktion von Hämorrhoiden durch Kryotherapie
49.45	Ligatur von Hämorrhoiden
Exzision von Hämorrhoiden:	
49.46.00	Exzision von Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet
49.46.10	Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie
49.46.11	Exzision von Hämorrhoiden, Ligatur einer A. haemorrhoidalis
49.46.12	Exzision von Hämorrhoiden mit plastischer Rekonstruktion
49.46.99	Exzision von Hämorrhoiden, sonstige
49.47	Evakuation thrombosierter Hämorrhoiden
49.49	Eingriffe an Hämorrhoiden, sonstige

3. Einseitige Hernienoperationen

Folgende elektiven Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn:

a. sie eine einzige Körperseite betreffen;

b. es sich nicht um eine Rezidivoperation handelt.

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
Operation einer Inguinalhernie:	
53.00	Operation einer Inguinalhernie, nicht näher bezeichnet
Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch:	
53.06.11	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
53.06.21	Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen
Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch:	
53.07.11	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
53.07.21	Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen
53.09	Operation einer Inguinalhernie, sonstige

4. Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter

Die mit ° markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie nicht im Anschluss an eine Geburt stattfinden.

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
Operationen an der Cervix uteri:	
67.0	Dilatation des Zervixkanals
Diagnostische Massnahmen an der Zervix:	
67.11	Endozervikale Biopsie
67.12	Sonstige zervikale Biopsie
67.19	Sonstige diagnostische Massnahmen an der Zervix
67.2	Konisation der Zervix
Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix:	
67.31	Marsupialisation einer Zervixzyste
67.32	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kauterisation
67.33	Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryochirurgie
67.34	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Elektrokoagulation
67.35	Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Laserkoagulation
67.39	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix
Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat:	
68.11	Digitale Untersuchung des Uterus
Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat:	
68.12.00	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, nicht näher bezeichnet.
68.12.10	Hysteroskopie, nicht näher bezeichnet
68.12.11	Diagnostische Hysteroskopie
68.12.12	Diagnostische Hysterosalpingoskopie
68.12.19	Hysteroskopie, sonstige
68.12.99	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige
68.15	Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten
68.16	Geschlossene Biopsie am Uterus
Sonstige Operationen an Uterus und uterinem Halteapparat, Dilatation und Curettage am Uterus:	
69.02°	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.09	Sonstige Dilatation und Curettage
Aspirationscurettage am Uterus:	
69.52°	Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.59	Aspirationscurettage am Uterus, sonstige

5. Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
Arthroskopie des Knies:	
80.26.00	Arthroskopie des Knies, nicht näher bezeichnet
80.26.10	Diagnostische Arthroskopie des Knies
80.26.99	Arthroskopie des Knies, sonstige
Meniskektomie am Knie:	
80.6X.00	Meniskektomie am Knie, nicht näher bezeichnet
80.6X.10	Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, partiell
80.6X.11	Meniskektomie am Knie, arthroskopisch, total
80.6X.99	Meniskektomie am Knie, sonstige
Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion am Knie:	
80.86.11	Débridement am Kniegelenk
80.86.13	Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk

6. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
Tonsillotomie, Adenoidektomie:	
28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie
28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

II. Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung

Einleitende Bemerkung

Ein * am Ende eines ICD-10-Kodes in der letzten Spalte der Tabelle bedeutet, dass alle Kodes des bezeichneten Stamms (= Buchstabe und Zahl vor *) mit den allfälligen weiteren Stellen eingeschlossen sind.

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat[322] (ICD-10-GM-Kode, Version 2018[323], Alter)
	Alter		
1.1	Kinder	≤3 Jahre	Alter
	Schwere oder instabile somatische Co-Morbidität		
2.1	Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem	Q20*–Q34*
3.1	Herz-Kreislauf	Herzinsuffizienz; NYHA >II	I50.13; I50.14; I50.04!; I50.05!
3.2		Schwer einstellbare arterielle Hypertonie	nicht kodierbar
4.1	Broncho-pulmonal, nur im Falle einer Allgemeinanästhesie	COPD GOLD >II	J44*, mit fünfter Stelle -0 oder -1
4.2		Asthma instabil oder exazerbiert	nicht kodierbar
4.3		Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom OSAS mit AHI ≥15 und zuhause kein CPAP möglich	nicht kodierbar
4.4		Langzeit-Sauerstofftherapie	nicht kodierbar
5.1	Gerinnungsstörungen	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	D65*–69*
5.2		Therapeutische Antikoagulation	Z92.1
5.3	Blutverdünnung	Duale TC-Aggregationshemmung	nicht kodierbar
6.1	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3	N18.4; N18.5

322 Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

323 Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2018 (ICD-10-GM, Version 2018) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > ICD-10-GM.

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat (ICD-10-GM-Kode, Version 2018, Alter)
7.1	Metabolisch	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil	nicht kodierbar
7.2		Adipositas (BMI ≥40) (bei Kindern: >97. Perzentil)	E66*, mit fünfter Stelle -2, -4, -5
7.3		Mangelernährung/Kachexie (Erwachsene: BMI <17.5; bei Kindern: PYMS-Score ≥3 und Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern gemäss Kodierungshandbuch[324])	E40*–E46*, mit Ausnahme von E44.1; R64; R63.6
7.4		Schwere Stoffwechselstörungen	E70*–E72*; E74*–E77*; E80*; E84*; E85*
9.1	Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen), mit Komplikationen	F10*–19*, mit vierter Stelle -0, -3, -4, -5, -6
9.2		Schwere instabile psychische Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge verunmöglichen	nicht kodierbar
	Weitere Faktoren		
90		Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung	Z74.3
91		Relevante Verständigungsprobleme mit der Patientin/dem Patienten	nicht kodierbar
92		Keine kompetente erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten 24 Std. postoperativ	nicht kodierbar
93		Keine Transportmöglichkeit nach Hause postoperativ oder zurück in ein Spital, inkl. Taxi	nicht kodierbar
94		Anfahrtszeit >60 Min. in ein Spital mit 24 Std. Notfall und entsprechender Disziplin	nicht kodierbar

324 Medizinisches Kodierungshandbuch, BFS, Version 2019, Anhang: Mangelernährung, Definition Stadien der Mangelernährung bei Kindern. Einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > Kodierungshandbuch.