Anhang 1
der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Ausgabe vom 1. Juli 2026

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)
SR 832.112.31

Anhang 1[1]
(Art. 1)

Anhang 1 KLV
Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Ausgabe vom 1. Juli 2026

berücksichtigt die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beschlossenen Änderungen vom 9. Juni 2026[2]

[1] In der Amtlichen Sammlung (AS) veröffentlicht. Einsehbar unter der Internetadresse des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Ärztliche Leistungen > Anhang 1 der KLV
[2] AS 2026 336 vom 24. Juni 2026 und AS 2026 337 vom 24. Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

1 Chirurgie ... 4
1.1 Chirurgie allgemein und diverse ... 4
1.2 Transplantationschirurgie ... 5
1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates ... 7
1.4 Chirurgie der Wirbelsäule ... 7
1.5 Urologie ... 10
1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie ... 14
2 Innere Medizin ... 15
2.1 Innere Medizin allgemein und diverse ... 15
2.2 Kardiologie ... 20
2.3 Neurologie ... 22
2.4 Rheumatologie ... 24
2.5 Onkologie und Hämatologie ... 25
3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin ... 31
4 Pädiatrie ... 33
5 Dermatologie ... 35
6 Ophthalmologie ... 36
7 Oto-Rhino-Laryngologie ... 38
8 Psychiatrie und Psychotherapie ... 39
9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin ... 41
9.1 Diagnostische Radiologie ... 41
9.2 Interventionelle Radiologie ... 41
9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie ... 42
9.4 Nuklearmedizin ... 45
10 Komplementärmedizin ... 47
11 Rehabilitation ... 48
12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie ... 49

1 Chirurgie

1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lymphovenöse Anastomose und Vaskularisierte Lymphknoten-transplantation zur Behandlung von Lymphödem	Ja	In Evaluation Wenn die mit dem Lymphödem verbundenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen ungenügend auf dokumentierte, leitlinienkonforme konservative komplexe physikalische Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Bewegungsübungen, Kompression, Hautpflege) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2021/ 1.7.2026 bis 31.12.2028
Liposuktion zur Behandlung von Schmerzen bei Lipödem	Ja	In Evaluation Wenn die mit dem Lipödem verbundenen Schmerzen ungenügend auf intensive und dokumentierte konservative Therapie (konsequente Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainagetherapie) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung interdisziplinär durch mindestens zwei der folgenden Fachärzte oder Fachärztinnen für Angiologie, Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Endokrinologie/Diabetologie oder Dermatologie. Durchführung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit profundem Wissen mit der Technik der Liposuktion.	1.7.2021/ 1.1.2025/ 1.7.2026 bis 31.12.2028
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 Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)» vom 1. Juli 2023[3] zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien vom 1. Juli 2023 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	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2021/ 1.7.2023

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Metabolische Chirurgie	Ja	In Evaluation Der Patient oder die Patientin hat einen schlecht einstellbaren Diabetes Typ II und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 – 35. Der Diabetes Typ 2 lässt sich durch konservative Massnahmen alleine über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht suffizient einstellen. Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der «*Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)»* vom 1. Juli 2023[4] zur operativen Behandlung von Übergewicht. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 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.	1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.7.2023 1.1.2026 bis 31.12.2026
Adipositasbehandlung mit Magenballons	Nein		25.8.1988
Endovenöse Thermo-Ablation von Stammvenen bei Varikose	Ja	Mit Radiofrequenz oder Laser Durch Ärzte und Ärztinnen mit einer Weiterbildung, die dem Fähigkeitsprogramm Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose vom 1. Januar 2016, revidiert am 29. September 2016[5], entspricht	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
Mechanisch-chemische endovenöse Therapie von Varizen vom Typ Clarivein®	Nein		1.7.2013

1.2 Transplantationschirurgie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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[6] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[7]. 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

4 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
5 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
6 SR **810.21**
7 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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.	1.1.2003/ 1.4.2020
Herz-Lungentransplantation	Nein		31.8.1989/ 1.4.1994
Isolierte Lebertransplantation	Ja		31.8.1989/ 1.3.1995/ 1.4.2020
Lebend-Lebertransplantation	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[8] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung[9]. 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/ 1.4.2020
Kombinierte (simultane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja		1.1.2003/ 1.4.2020
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Pankreastransplantation	Ja		31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Kombinierte simultane Insel- und Nierentransplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Insel- nach Nierentransplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Allotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Autotransplantation der Langerhans'schen Inseln	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Dünndarmtransplantation	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Leber-Dünndarm- und multiviszerale Transplantation	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020

8 SR **810.21**

9 SR **810.211**

1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Osteochondrale Mosaikplastik zur Deckung von Knorpel-Knochen-Defekten	Ja	Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpel-Knochenläsionen am Kniegelenk mit maximal 2 cm^2 Ausdehnung. Zur Behandlung von Knorpel-Knochenläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2017/ 1.1.2021
Autologe Chondro-zytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt Nr. 2019.147.829.01-1[10]). Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis dissecans im Kniegelenk. 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/ 1.1.2021/ 1.7.2024/ 1.1.2026 bis 31.12.2027
Plättchen-Gel bei Knie-Totalprothese	Nein		1.1.2006
Meniskusersatzverfahren mittels künstlicher Implantate und Meniskus-Allograft-Transplantation	Nein		1.8.2008/ 1.7.2026
Laser-Meniscectomie	Nein		1.1.2006

1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Zement-Augmentation (Vertebroplastie, Kyphoplastie) zur Therapie von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen	Ja	Bei osteoporotischer Wirbelkörperfraktur, wenn eine konservative Schmerztherapie keine für eine Mobilisierung ausreichende Schmerzlinderung ergibt oder zu erwarten ist, gemäss der Leitlinie «Chirurgische Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen» der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neuroradiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 12. Juni 2023.[11] Interdisziplinäre Indikationsstellung durch ein «Spine Board», bestehend aus einem Facharzt / -ärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022/ 1.1.2024

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)[12] besitzen und mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie oder Endokrinologie. Die Besprechung und Indikationsstellung müssen dokumentiert sein. Durchführung an einem Zentrum, an welchem mindestens ein Facharzt / eine Fachärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)[13] tätig ist.	
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat zur Therapie: - von 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	Ja	Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)[14] besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2024
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 – keine primäre segmentale Kyphose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021[15]) besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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 Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021[16]) besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, 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/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikation: Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021[17]) besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, 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/ 1.7.2022/ 1.1.2024
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.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/

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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– 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 Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021[18]) besitzen. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2022/ 1.1.2024
Laser-Diskushernienoperation; Laser-Diskusdekompression	Nein		1.1.1997
Intradiskale elektrothermale Therapie	Nein		1.1.2004

1.5 Urologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Überwachungsgeräte).	22.8.1985/ 1.8.2006
Operative Behandlung bei Erektionsstörungen:			

[18] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
– hydraulisches oder semirigides Schwellkörperimplantat	Ja	In Evaluation Bei folgenden Indikationen: - Erektile Dysfunktion, die nicht auf die konservative / medikamentöse Therapie anspricht oder wenn limitierende Nebenwirkungen bzw. Kontraindikationen auf / gegen die medikamentöse Therapie vorliegen. - Therapierefraktärer Priapismus - Ausgeprägte Induratio penis plastica (Peyronie's Disease) in Kombination mit erektiler Dysfunktion ohne Ansprechen auf medikamentöse Therapie Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze - Durchführung der Eingriffe durch Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie (SIWF) (Anhang 1 des Weiterbildungsprogramms Urologie vom 1. Juli 2015, zuletzt revidiert am 19. Oktober 2017[19]) - Bei alleiniger erektiler Dysfunktion, d. h. ohne Priapismus oder Induratio penis plastica Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.1993/ 1.4.1994/ 1.7.2025 bis 30.06.2029
– Revaskularisationschirurgie	Nein		1.1.1993/ 1.4.1994
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 Mikro-wellentherapie (HE-TUMT)	Nein		1.1.2004
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	Als Zweitlinien- oder Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und Einbezug nicht- resp. minimal-invasiver Therapie-Optionen (tibiale / pudendale Nervenstimulation, Onabotulinumtoxin A-Injektionen in den Detrusor). Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 30. September 2021[20].	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022

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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärztinnen und Fachärzten für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 19. Oktober 2017[21]) erfolgen. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021[22] erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation). Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrolle und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 30. September 2021[23]. Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich unter der Verantwortung von Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020[24]) oder Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie mit Diplom «EBSQ Coloproctology» erfolgen. Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 30. September 2021[25] erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022

21 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
22 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
23 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
24 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
25 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2023[26]) (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2024[27]) (bei Stuhlinkontinenz)	1.3.2019/ 1.7.2019/ 1.1.2026
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.7.2017
Behandlung von Blasenspeicherstörung durch zystoskopische 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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017[28]) 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
Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms mittels Hoch-Intensivem Fokussierten Ultraschall (HIFU)	Ja	In Evaluation Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Bei intermediate-risk Prostatakarzinom (PSA > 10 - 20 ng/ml oder Gleason-Score 7 oder cT-Kategorie 2b) - Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt - Durchführung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Urologie, die am HIFU-Register der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie teilnehmen	1.7.2009/ 1.7.2023 bis 31.12.2028

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transurethrale photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) mittels Laser	Ja	Beim symptomatischen Prostataobstruktionssyndrom.	1.7.2011

1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Operative Mammarekonstruktion	Ja	Zur Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin nach medizinisch indizierter Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung.	23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruktion der Mamma	Ja	Als ergänzende Massnahme zur Massnahme «Operative Mammarekonstruktion» Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024/ 1.7.2024/ 1.1.2025
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
Angleichende Brustaugmentation 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. - Innerhalb von 5 Jahren nach Krebstherapie oder Brustrekonstruktion - Mittels Silikonprothese und / oder - Mittels autologer Fetttransplantation (bis zu 3 Sitzungen) durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.	1.1.2024
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
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
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	1.7.2013

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	

2 Innere Medizin

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Endoultrasonographisch-gesteuerte Hepatiko- oder Pankreatiko-Gastrostomie (EUS-HGS/PGS)	Ja		1.1.2025
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. Vorgehen gemäss dem «Factsheet Tauchunfallbehandlung / tauchmedizinische Beratungshotline» von Divers Alert Network (DAN) und rega vom 6. Juli 2025[29].	1.1.2006/ 1.7.2011/ 1.1.2026
	Nein	– akuter idiopathischer Hörsturz	1.1.2016
Behandlung der Adipositas	Ja	– bei Übergewicht Body-Mass-Index (BMI) ≥30 kg/m^2 – bei Übergewicht (BMI ≥25 kg/m^2) und Folgeerkrankung, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann	7.3.1974/ 1.7.2022
– 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 in Heimbehandlung	Ja		27.11.1975
Enterale Ernährung zu Hause	Ja	Wenn eine ausreichende perorale sondenfreie Ernährung ausgeschlossen ist.	1.3.1995

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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»[30] vom Januar 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Parenterale Ernährung zu Hause	Ja		1.3.1995
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
Gallensteinzertrümmerung	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 nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 13. April 2025[31] der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.7.2026
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	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
Respiratorische Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie, Oto-Rhino-Laryngologie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016[32]), dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 13. April 2025[33] der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015[34] erfüllen. Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie, ORL oder Pädiatrie mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie [Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016[35]]), 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.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.1.2024/ 1.7.2026
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 13. April 2025[36] der SSSSC erfüllen.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.7.2026

32 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
33 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
34 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
35 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
36 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 13. April 2025[37] 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/ 1.7.2020/ 1.7.2026
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 13. April 2025[38] 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/ 1.7.2020/ 1.7.2026
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacter pylori	Ja		16.9.1998/ 1.1.2001
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	1.1.2004/ 1.1.2006

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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom oder erythrodermatische Mycosis Fungoides Stadium IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Ja	Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn die Erstlinientherapie erfolglos war. Diese umfasst: - einen Behandlungsversuch mit Makroliden und - die Überprüfung und gegebenenfalls Modifikation der Immunsuppression.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.1.2026
Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: - endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien - endovaskuläre Embolisationstherapie der penisabführenden Venen	Ja	Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Nichtansprechen auf vasoaktive Substanzen oder wenn diese kontraindiziert sind. - nach vorgängigem Ausschluss urologischer und hormoneller Ursachen - bei hämodynamisch (Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) und bildgebend (Computertomographie oder Katheterangiographie) nachgewiesener und dokumentierter vaskulärer Ursache der erektilen Dysfunktion - Abklärung und Durchführung durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Angiologie mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm «Interventionelle Angiologie (SGA)» vom 1. Januar 2022[39] oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Gefässchirurgie mit Erfahrung mit endovaskulären Techniken. - vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2022/ 1.7.2022/ 1.1.2026
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

[39] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Implantierbares Ereignisrekordersystem zur Erstellung eines subkutanen Elektrokardiogramms	Ja		1.1.2001/ 1.1.2018
Telemedizin bei kardiologischen rhythmologischen Implantaten	Ja		1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015
Telemedizinprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz	Ja	Bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II oder III und folgenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen: – Linksventrikuläre Ejektionsfraktion von < 40% – Hospitalisation wegen kardialer Dekompensation in den letzten 12 Monaten – Ärztliche Anordnung durch eine andere Ärztin / anderen Arzt als die- oder derjenige der telemedizinischen Zentrale – die ärztliche Anordnung ist 3 und 12 Monate nach der Erstanordnung und danach jährlich zu erneuern Das ärztlich geleitete Programm umfasst: – Leitung durch eine Ärztin oder einen Arzt in der Schweiz – Anleitung der teilnehmenden Person zur Anwendung des Telemonitorings – Tägliches Telemonitoring des Gewichts – Regelmässige Abfrage von krankheitsrelevanten Symptomen – Eine telemedizinische Zentrale, die die algorithmische Datenverarbeitung durchführt und Warnmeldungen des Telemonitorings sichtet – Definition von individuellen Schwellenwerten, die Warnmeldungen auslösen – Bei Auffälligkeiten oder Überschreiten der individuellen Schwellenwerte wird die teilnehmende Person und / oder die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt von einer Fachperson telefonisch kontaktiert – Regelmässiges Telecoaching über das Krankheitsbild, weitere relevante Aspekte (z.B. Risikofaktoren, typische Begleiterkrankungen, nicht-pharmakologische Interventionen) und Anleitung zum Selbstmanagement (z.B. tägliche Dokumentation von Gewicht, Erkennen einer kardialen Verschlechterung wie Gewichtszunahme oder Atembeschwerden und einer Notfallsituation, Adhärenz zu den verordneten Medikamenten, Lebensstiländerung wie körperliche Aktivität, Ernährung und Rauchkarenz) Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.	1.4.2024
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	Ja		1.1.1997

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transmyokardiale Laser-Revaskularisation	Nein		1.1.2000
Kardiale Resynchronisations-therapie 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 auf ≥130 Millisekunden Abklärung und Implantation nur an qualifizierten Kardiologiezentren, die über ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen elektrophysiologischen Kompetenz und der notwendigen Infrastruktur (Echo-kardiographie, Programmierkonsole, Herz-katheterlabor) verfügen.	1.1.2003/ 1.1.2004
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)		Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Die Aortenstenose ist schwergradig und symptomatisch 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Indikationsstellung in jedem Fall durch ein von der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) und Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie (SGHC) anerkanntes Herzteam (Heart Team) gemäss Anerkennungskonzept der SGK und SGHC vom 20. Juni 2025 (Version 1.0)[40] Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das über kein von der SGK und SGHC anerkanntes Heart Team verfügt, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020/ 1.7.2023/ 1.1.2026

[40] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.	
	Ja	bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von ≥ 8%) aufweisen	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020/ 1.7.2023
	Ja	bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die ein mittleres Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von 4 - 8%) aufweisen	1.7.2020/ 1.7.2023
	Ja	Bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die ein niedriges Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von < 4%) und ein Alter von ≥ 75 Jahren und geeignete femorale Zugangswege aufweisen.	1.7.2020 / 1.7.2023/ 1.1.2026
Elektrostimulation der Barorezeptoren mittels implantiertem Neurostimulator	Nein		1.4.2020
Phonokardiographie / akustischer Schnelltest	Nein		1.1.2021

2.3 Neurologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der Beckennerven mit einem implantierbaren Gerät durch Laparoskopie (LION-Prozedur: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Nein		1.7.2013/ 1.7.2014
Stereotaktische Operationen zur Behandlung der chronischen therapie-resistenten 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	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung.	15.7.2015/ 1.7.2020
	Ja	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)	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2022
	Ja	In Evaluation Zur Behandlung bei schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021/ 1.1.2026/ 1.7.2026 bis 30.6.2027
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).[41]	1.7.2014
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	Diagnostik neurologischer Krankheiten. Durch Ärztinnen und Ärzte mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroencephalographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 2. März	1.1.1999/ 1.1.2021/ 1.1.2026

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		2023[42], oder gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroneuromyographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 2. März 2023[43].	
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
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
Magnet-Enzephalographie	Nein		1.7.2002

2.4 Rheumatologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Viskosupplementation zur Arthrosebehandlung	Nein		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Low-Level-Laser-Therapie	Nein		1.1.2001

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Laser bei palliativer minimaler Chirurgie	Ja		1.1.1993
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
Multigenexpressionstest beim Mammakarzinom	Ja	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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013[44]). Bei Durchführung des	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024/ 1.1.2026/ 1.7.2026

[44] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		labortechnischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG[45] oder ISO 15189 /17025[46] entsprechen.	
Impfung mit dendritischen Zellen zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Nein		1.7.2002
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST) anerkannten Zentren. Durchführung in den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» 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», 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021[47]. 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[48] und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007[49]. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019/ 1.1.2022/ 1.7.2024
– 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	In Evaluation – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 bis 31.12.2027
	Ja	In Evaluation – bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Diabetes Mellitus Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023/ 1.7.2023 bis 30.6.2028

45 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
46 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
47 Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
48 SR **810.21**
49 SR **810.211**

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	
	Ja	In Evaluation – bei Multipler Sklerose Durchführung an Zentren, die an der Registerstudie «aHSCT-in-MS» teilnehmen. Indikationsstellung durch ein interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantationsboard.	1.7.2018/ 1.7.2023 bis 30.6.2029
	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 sowie bei BCR-ABL1-negativen myeloproliferativen Neoplasien – 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/ 1.1.2024
	Ja	In Evaluation – 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/ 1.1.2023/ 1.7.2023 bis 30.6.2028
	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
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:		Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lympho-depletierende	1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024/ 1.1.2026

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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)» 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», 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021[50]. 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. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
- Tisagenlecleucel: Bei rezidiviertem oder therapierefraktärem diffusgrosszelligem 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: – refraktär – nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiviert, oder – nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiviert ist.	Ja		1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025/ 1.1.2026
- Tisagenlecleucel: Bei rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.	Ja		1.7.2024/ 1.1.2026
- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiviertem oder therapierefraktärem diffusgrosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-	Ja		1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025/ 1.1.2026

[50] Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien			
- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.	Ja		1.7.2024/ 1.1.2026
- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) oder High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL), das auf Erstlinientherapie refraktär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiviert.	Ja		1.1.2025/ 1.1.2026
- Lisocabtagen Maraleucel: Bei rezidiviertem oder refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), high-grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2016) und primär mediastinalem grosszelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien	Ja		1.7.2024/ 1.1.2026
- Lisocabtagen Maraleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL) oder primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf Erstlinientherapie refraktär oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiviert ist.	Ja		1.1.2025/ 1.1.2026
- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.	Ja		1.7.2024/ 1.1.2026
- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem	Ja		1.7.2025/ 1.1.2026

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multiplem Myelom, die zuvor zwei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz unter oder innerhalb von 60 Tagen nach der letzten Therapie gezeigt haben.			
- Brexucabtagene Autoleucel: Bei Erwachsenen mit refraktärem oder rezidiviertem Mantelzell-Lymphom nach mindestens zwei Therapielinien, darunter ein Bruton Tyrosine Kinase Inhibitor.	Ja		1.7.2022/ 1.1.2026
- Brexucabtagen-Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidivierter oder refraktärer akuter lymphoblastischer B-Vorläuferzell-Leukämie (akute lymphoblastische Leukämie, ALL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien	Ja		1.1.2025/ 1.1.2026
- Ciltacabtagen Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien mit mindestens einem Proteasom-Inhibitor, einem immunmodulatorischen Wirkstoff und einem Anti-CD38-Antikörper erhalten haben, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.	Ja		1.7.2025/ 1.1.2026

3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei Personen, die fertilitätsbeeinträchtigende Therapien erhalten	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die – wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. – wegen einer nicht-onkologischen Erkrankung eine Stammzelltransplantation erhalten, oder – mit Cyclophosphamid behandelt werden und 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 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.	1.7.2019/ 1.7.2020
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	11.12.1980

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
– 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
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[51].	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)»[52] Das Implantat Reemex® ist von der Kostenübernahme ausgeschlossen	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

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

4 Pädiatrie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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[53] und No. 1/2011 vom 4. März 2011[54]. 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[55]. 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
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,	1.1.2014

53 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
54 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
55 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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[56] und No. 1/2011 vom 4. März 2011[57]. 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[58]. Bei ärztlich geleiteten Programmen, 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.	
Elektrostimulation der Harnblase	Ja	Bei organischen Miktionsstörungen.	16.2.1978
Atemmonitoring; Atem- und Herzfrequenzmonitoring	Ja	Bei Risikosäuglingen auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle.	25.8.1988/ 1.1.1996
Hüftsonographie nach Graf bei Neugeborenen und Säuglingen	Ja	Durch speziell in dieser Methode ausgebildete Ärzte und Ärztinnen.	1.7.2004/ 1.8.2008
Stationäre wohnortferne Behandlung bei schwerem Übergewicht	Nein		1.1.2005
Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen mittels «Packing»-Methode	Nein		1.7.2019

56 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
57 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
58 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

5 Dermatologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Photodynamische Behandlung von Hautkrankheiten mit Aminolaevulinsäure-Derivaten	Ja		1.4.2020
Embolisationsbehandlung von Gesichtshämangiomen (interventionelle Radiologie)	Ja	Es dürfen höchstens die gleichen Kosten wie für eine operative Behandlung (Excision) in Rechnung gestellt werden.	27.8.1987
Laser bei:			
– Aknenarben	Nein		1.7.2002
– Keloid	Nein		1.1.2004
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 Hautersatzverfahren	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden. Mit Hautersatzverfahren autologer oder allogener oder nicht-menschlicher Herkunft, 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 2021[59]. Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind. Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020/ 1.1.2022
Wundtherapie mit Maden	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011

[59] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

6 Ophthalmologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
PhotodynamischeTherapie 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
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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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 progressivem Keratokonus (CXL)	Ja	Indikationsstellung und Durchführung durch Fachärztinnen und Fachärzten für Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019[60]).	1.8.2008/ 1.7.2022
Keratokonusbehandlung mittels intrastromaler Ringe	Ja	Zur Korrektur des irregulären Astigmatismus bei Keratokonus, sofern eine Korrektur mit Brille oder Kontaktlinse nicht möglich ist oder Kontaktlinsen-unverträglichkeit 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
Minimal-invasive Glaukom-Chirurgie (MIGS)	Nein		1.1.2024

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

7 Oto-Rhino-Laryngologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Behandlung mit «Elektronischem Ohr» nach Methode Tomatis (sog. Audio-Psychophonologie)	Nein		18.1.1979
Laseranwendung bei: – Papillomatose der Atemwege – Zungenresektion	Ja		1.1.1993
Cochlea-Implantat	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den «Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung» der Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (CICH) vom 7. März 2018[61]. Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020/ 1.7.2022
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 Mittelohr-implantatsystems 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

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

8 Psychiatrie und Psychotherapie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Psychotherapie nach Samuel Widmer (Bezeichnung: «Echte Psychotherapie»)	Nein		1.1.2021
Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom	Ja	Methadon-, buprenorphin-, morphin-retard- und heroingestützte Behandlung 1. Gemäss den Medizinischen Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) vom 16. Juli 2020[62] und unter Einhaltung der nationalen und jeweiligen kantonalen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften 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 Opioidagonistentherapie (OAT) umfasst die folgenden Leistungen: a. ärztliche Leistungen: – Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zugrundeliegende 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 OAT – Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt – Qualitätssicherung – 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 oder des Präparates	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2021

[62] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde – Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin – Beratung.	
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Sedation	Nein		1.1.2001
Opiatentzugseilverfahren (UROD) unter Narkose	Nein		1.1.1998
Ambulanter Opiatentzug nach der Methode: Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Nein		1.1.1999
Entspannungstherapie mit der Methode nach Ajuriaguerra	Ja	In einer ärztlichen Praxis oder in einem Spital unter direkter ärztlicher Aufsicht.	22.3.1973
Therapiekontrolle durch Video	Nein		16.2.1978
Internet-basierte kognitiv-verhaltens-therapeutische 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, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin

9.1 Diagnostische Radiologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Magnetische Kernresonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
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) – bei Therapie mit Antikonvulsiva Verlaufsuntersuchungen, solange die prädisponierende Risikosituation besteht, in der Regel höchstens alle zwei Jahre.	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015/ 1.7.2019/ 1.4.2020/ 1.7.2023
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
– mit peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochenresorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochenformationsmarker	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 Interventionelle Radiologie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien (PAE) bei symptomatischer benigner Prostataobstruktion	Ja	Nach fachärztlicher urologischer Abklärung mit einem Prostatavolumen >50 ml und mindestens einem der nachfolgenden Kriterien: - nach erfolglosem medikamentösem Behandlungsversuch oder Medikamentenunverträglichkeit oder - chronischem Harnverhalt ohne Limite des Prostatavolumens oder	1.7.2022/ 1.1.2025/ 1.1.2026/ 1.7.2026

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		- Bedenken hinsichtlich einer retrograden Ejakulation, oder - falls eine Operation wegen Alter, multiplen Komorbiditäten oder Koagulopathien kontraindiziert ist oder - falls eine Operation vom Patienten abgelehnt wird Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiographieanlage.	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

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Pionen-Strahlentherapie	Nein		28.8.1986/ 1.1.1993
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
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Nein		1.1.2018/ 1.7.2020
Protonen-Strahlentherapie		Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
	Ja	a) Bei intraokulären Melanomen	28.8.1986/ 1.1.1993
	Ja	b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- und adenozystische 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.	1.1.2011/ 1.7.2011
	Ja	c) In Evaluation Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, analog Studienprotokoll RTOG 1308 (Auszug Studienregistrierung vom 24. Mai 2024) [63].	1.4.2020/ 1.7.2024/ 1.1.2026 bis 30.6.2028
	Ja	c) In Evaluation Bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (≥ T2 oder N+, M0), im Rahmen der randomisiert kontrollierten PROTECT-Studie. Für die Indikation Ösophaguskarzinom ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.1.2022 bis 31.12.2026
	Nein	– Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Alle übrigen Indikationen	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020
Radiochirurgie (LINAC, Gamma-Knife)	Ja	Bei folgenden 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 oder Gamma-Knife	Ja	Bei folgenden Indikationen: – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm^3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2020

[63] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm^3 bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor auf Grund der Lokalisation nicht operabel ist Für die Radiochirurgie mit Gamma-Knife ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	
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/ 1.7.2022
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 angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.	1.1.2017
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard. Bei folgenden Indikationen: - Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt - Schmerzhafte Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm - Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm - Weichteil-Sarkom (rezidivierende, marginal resektable oder nicht-resektable Tumore)	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2023
	Nein	- Blasen-Karzinom - Rektum-Karzinom - Pankreas-Karzinom	1.7.2023
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit perioperativer Chemotherapie	Ja	Bei folgender Indikation: - Weichteil-Sarkom (Primärbehandlung oder nach Vor-Operation mit R1/R2-Resektion, wenn keine onkologisch adäquate Re-Operation möglich ist, oder bei Rezidiv) Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist.	1.7.2023/ 1.7.2025

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Durchführung der konkomitanten Chemotherapie unter Supervision einer/eines Fachärztin oder Facharzt für Medizinische Onkologie. Indikationsstellung durch zuweisendes Sarkomzentrum und bestätigt durch das Tumorboard des Swiss Hyperthermia Network.	

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Selektive interstitielle Radiotherapie (SIRT) mit Y-90 Harzmikrosphären	Ja	Bei inoperablen chemotherapierefraktären Lebertumoren, bei welchen andere lokal-ablative 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
^{177}Lu-PSMA-Radioliganden-Therapie beim progressiven, PSMA-positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostata-karzinom (mCRPC)	Ja	In Evaluation Folgende Kriterien gelten kumulativ: – nach Vorbehandlung mit Inhibition des Androgenrezeptor (AR)-Signalwegs – nach Taxan-basierter Chemotherapie respektive wenn eine Taxan-haltige Chemotherapie nicht indiziert war maximal 6 Zyklen, andernfalls nur nach vorgängiger besonderer Kostengutsprache des Versicherers, die die Einschätzung der Vertrauensärztin bzw. des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR**)** ohne Abklärung von Demenz	Ja	Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 1. April 2026[64]. Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021[65] der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022/

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

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

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
			1.7.2023/ 1.1.2025/ 1.1.2026/ 1.7.2026
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR**)** zur Abklärung von Demenz	Ja	Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021[66] der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG): als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018[67]), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bei einem Mini-Mental-Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; Kostenübernahme für Untersuchungen ab dem 81. Altersjahr und für sequentielle Untersuchungen mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. b) Mittels markiertem Amyloid-Tracer: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018[68]), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).	1.1.2001/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.4.2020/ 1.1.2022
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR)	Nein	Mittels Yttrium-90 nach Radiosynoviorthese des Kniegelenks	1.1.2023

66 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
67 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
68 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

10 Komplementärmedizin

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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
Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke)	Nein		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
Ozon-Therapie (alle Anwendungen)	Nein		13.5.1976/ 1.1.2022
Oxyvenierungstherapie (intravenöse Gabe von Sauerstoff, Synonyme: Sauerstofftherapie nach Regelsberger, Sauerstoff-Insufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie)	Nein		27.6.1968/ 1.1.2022
Sauerstoff-Mehrschritttherapie nach von Ardenne (alle Varianten und Prozesse inkl. Oxicur-Sauerstoff-Kur, Oxicur-Sauerstoff-Mehrschritt-Aktivierung, Sauerstoff-Vitalkur)	Nein		1.1.2022
Frischzellentherapie	Nein		1.1.1976
Serozytotherapie	Nein		3.12.1981

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Musiktherapie	Nein		11.12.1980

11 Rehabilitation

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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[69]. Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009[70]. Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) vom 14. November 2024[71].	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/ 1.7.2025
	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	

69 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
70 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref
71 Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– 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[72] 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

12 Intensivmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Infiltrationsanästhesie, lokal und regional (lokale und segmentale Neuraltherapie)	Ja		1.7.2011/ 1.7.2012
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

[72] Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref