



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

Änderung vom 7. Februar 2020

*Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995¹ wird wie folgt geändert:

Art. 10 Grundsatz

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

- a. neurologische Leiden mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoröser, vaskulärer, hypoxischer oder degenerativer Ursache;
- b. phoniatische Leiden, insbesondere partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes sowie Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache.

II

¹ Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

² Anhang 2² («Liste der Mittel- und Gegenstände») wird geändert.

¹ SR 832.112.31

² In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL).

³ Anhang 3³ («Analysenliste») wird geändert.

⁴ Anhang 4⁴ («Arzneimittelliste mit Tarif») wird geändert.

III

¹ Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. April 2020 in Kraft.

² Die Vorbemerkungen sowie die Ziffern 14.01 und 14.02 von Anhang 2 treten am 1. Juli 2020 in Kraft.

7. Februar 2020

Eidgenössisches Departement des Innern:
Alain Berset

³ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL).

⁴ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 29). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Arzneimittel > Arzneimittelliste mit Tarif (ALT).

Anhang 1
(Art. 1)**Vergütungspflicht der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen**

Ziff. 1.2, 2.1, 2.2, 5, 9.1, 9.2 und 9.3

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
I		Chirurgie	
1.2		Transplantationschirurgie	
...			
Isolierte Nicht-Lebend- Lungentransplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung.	1.1.2003/ 1.4.2020
...			
Isolierte Lebertrans- plantation	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 Leistun- gen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung. Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versiche- rers 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 (simulta- ne) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja		1.1.2003/ 1.4.2020
Pankreas- nach Nierentransplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Pankreas- transplantation	Ja		31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Kombinierte simulta- ne Insel- und Nierentransplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Insel- nach Nieren- transplantation	Ja		1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Allotransplan- tation der Langer- hans'schen Inseln	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Isolierte Autotrans- plantation der Langer- hans'schen Inseln	Ja		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Isolierte Dünndarm- transplantation	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

...

2 Innere Medizin

2.1 Allgemein

*Massnahme «Photodynamische Behandlung mit Methyl-Ester der Aminolaevulinsäure»
Aufgehoben*

*Massnahme «Photodynamische Behandlung mit 5-Aminolaevulinsäure»
Aufgehoben*

2.2 Herz- und Kreislaufkrankungen, Intensivmedizin

Einfügen nach der Massnahme «Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)»:

Elektrostimulation der Barorezeptoren mittels implantiertem Neurostimulator	Nein		1.4.2020
--	------	--	----------

5 Dermatologie

Einfügen nach der Massnahme «Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP)»:

Photodynamische Behandlung von Hautkrankheiten mit Aminolaevulinsäure- Derivaten	Ja		1.4.2020
--	----	--	----------

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
9 Radiologie			
<i>9.1 Röntgendiagnostik</i>			
...			
Knochendensitometrie	Ja	– bei einer klinisch manifesten Osteoporose und nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/
– mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie (DEXA)		– bei Langzeit-Cortisontherapie oder Hypoparadismus	1.7.2012/ 1.1.1999/
		– Erkrankungen des Verdauungssystems mit Malabsorptionssyndrom (insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie)	1.7.2010/ 1.1.2015/
		– primärer Hyperparathyreoidismus (sofern keine klare Operationsindikation besteht)	1.7.2019/ 1.4.2020
		– Osteogenesis imperfecta	
		– HIV	
		– bei Therapie mit Aromatasehemmer (nach der Menopause) oder mit der Kombination GnRH-Analagon+Aromatasehemmer (vor der Menopause)	
		Verlaufsuntersuchungen, solange die prädisponierende Risikosituation besteht, in der Regel höchstens alle zwei Jahre.	1.3.1995/ 1.4.2020
– mit Ganzkörper-Scanner	Nein		1.3.1995
...			
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ⁵ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/
		a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:	1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/
		1. in der Kardiologie:	1.1.2006/ 1.8.2006/
		– präoperativ vor einer Herztransplantation,	1.1.2009/
		– bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring,	1.1.2011/ 1.7.2013/
		– bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;	1.7.2014/ 1.1.2016/
		2. in der Onkologie:	1.7.2018/
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 ⁶ zu FDG-PET.	1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020
		3. in der Neurologie:	
		– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,	

⁵ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

⁶ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> – zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, 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. 	
		<p>4. in der Allgemeinen Inneren Medizin, Infektiologie oder Rheumatologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkonklusiver internistischer und infektiologischer Abklärung und Bildgebung inkl. MRI und/oder CT, auf Anordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie oder Infektiologie, – bei Verdacht auf Grossgefässvaskulitis und zum Therapiemonitoring, auf Anordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie, Allgemeine Innere Medizin, Angiologie oder Gefässchirurgie, – bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts, – bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie; 	
		<p>5. In Evaluation: Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 bis 31.12.2020</p>
		<p>b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.</p>	1.7.2013

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		c) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	1.7.2013
		d) Mittels 18F-Fluorocholin, nur bei folgenden Indikationen: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014/ 1.1.2018 1.1.2019
		In Evaluation: Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.7.2018 bis 30.6.2020
		e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), nur bei folgender Indikation: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.	1.1.2016
		f) Mittels PSMA-Tracer, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms.	1.1.2017/ 1.1.2019
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore.	1.7.2017
		h) Mittels H ₂ ¹⁵ O, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.7.2018
		i) Mittels markiertem Amyloid-Tracer, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.	1.4.2020

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mit anderen Isotopen als 18F-Fluoro- Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), PSMA, DOTA-Peptiden, H ₂ ¹⁵ O oder markierten Amyloid-Tracern	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020
...			
9.3		<i>Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</i>	
...			
Protonen- Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villi- gen. a) Bei intraokulären Melanomen b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organis- mus keine ausreichende Photonenbestrah- lung möglich ist. Bei folgenden Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordo- me, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzi- nome, Adeno- und adenocystische Karzi- nome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesio- neuroblastome, Weichteil- und Knochen- sarkome, undifferenzierte Karzinome, selte- ne 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 Knochen- sarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, der die Emp- fehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrau- ensärztin berücksichtigt.	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Ja	In Evaluation – bei folgender Indikation: nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, im Rahmen der randomisiert kontrollierten Studie RTOG 1308. Kostenübernahme nur auf vorgängige besonde- re Gutsprache des Versicherers, der die Emp- fehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrau- ensärztin berücksichtigt.	1.4.2020 bis 31.12.2025

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	– Postoperative Radiotherapie von Mammakarzinomen – Alle übrigen Indikationen	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020
...			
