Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 10. Dezember 2008

Das Eidgenössische Departement des Innern
verordnet:

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995[1] wird wie folgt geändert:

Art. 1

Der Anhang 1 bezeichnet diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung):

a. übernommen werden;

b. nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden;

c. nicht übernommen werden.

Art. 5 Abs. 4 und 5

4 Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

5 Macht der Verlauf einer chronischen Krankheit oder eines Geburtsgebrechens bei der versicherten Person vorübergehend mehr als neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten erforderlich, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag zu unterbreiten. Nach der Prüfung des Vorschlags kann der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die Kostenübernahme für die benötigte Anzahl Sitzungen beantragen.

1 SR **832.112.31**

Art. 6 Abs. 4 und 5

4 Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.

5 Macht der Verlauf einer chronischen Krankheit oder eines Geburtsgebrechens bei der versicherten Person vorübergehend mehr als neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten erforderlich, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag zu unterbreiten. Nach der Prüfung des Vorschlags kann der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die Kostenübernahme für die benötigte Anzahl Sitzungen beantragen

Art. 12a Prophylaktische Impfungen

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 16 Jahren sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF)[2].
b. Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF.
c. Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF.

2 Richtlinien und Empfehlungen Nr. 8 (Schweizerischer Impfplan 2008). Bundesamt für Gesundheit und Eidg. Kommission für Impffragen, Bern 2008.

Massnahme	Voraussetzung
d. Impfung gegen Influenza	1. Jährliche Impfung bei Personen mit einer Grunderkrankung, bei denen eine Grippe zu schweren Komplikationen führen kann (gemäss den Empfehlungen zur Grippeprävention des BAG, der Arbeitsgruppe Influenza und der EKIF, Stand August 2000; Supplementum XIII, BAG 2000), und bei über 65-jährigen Personen. 2. Während einer Influenza-Pandemiebedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei denjenigen Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (gemäss Art. 12 der Influenza-Pandemieverordnung vom 27. April 2005[3]). Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.
e. Hepatitis-B-Impfung	1. Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter und bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung. 2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) und gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF.
f. Passive Impfung mit Hepatitis B-Immunglobulin	Bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter.

3 SR **818.101.23**

Massnahme	Voraussetzung
g. Pneumokokken-Impfung	1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene ab 65 Jahren sowie Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Splenektomie, Cochlea-Implantat oder Schädel-Basis-Missbildung oder vor einer Splenektomie oder dem Einlegen eines Cochleaimplantats, gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF. 2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder unter zwei Jahren und Kinder mit chronischer Vorerkrankung unter fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF.
h. Meningokokken-Impfung	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF.
i. Impfung gegen Tuberkulose	Mit BCG-Impfstoff gemäss den Richtlinien der schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (SVTL) und des BAG von 1996 (Bulletin des BAG 16/1996).
j. Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan 2008» des BAG und der EKIF und den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom März 2006 (BAG-Bulletin Nr. 13, 2006). Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.
k. Varizellen-Impfung	Impfung von nicht immunen Jugendlichen und Erwachsenen sowie spezifischer Risikogruppen gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom November 2004 (BAG-Bulletin Nr. 45, 2004)

Massnahme	Voraussetzung
	Impfung von Kontaktpersonen (wie Eltern, Geschwister, Betreuungspersonen) von Kindern, die vor der 33. Schwangerschaftswoche geboren sind.
l. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Juni 2007 (BAG-Bulletin Nr. 25, 2007): a. Generelle Impfung der Mädchen im Schulalter; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15–19 Jahren. Diese Bestimmung gilt bis zum 31. Dezember 2012. 2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen: a. Die Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzlichen Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt; b. Der Einkauf des Impfstoffs erfolgt zentral; c. Die Vollständigkeit der Impfungen (Impfschema gemäss Empfehlungen des BAG und der EKIF) wird angestrebt; d. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert; e. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt. 3. Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben.

Massnahme	Voraussetzung
m. Hepatitis-A-Impfung	Bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung, bei Kindern aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren, bei drogeninjizierenden Personen sowie bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern ausserhalb einer stabilen Beziehung. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Januar 2007 (Beilage zum BAG-Bulletin Nr. 3, 2007). Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.

Art. 13 Bst. a Ziff. 1 und d

Massnahme	Voraussetzung
a. Kontrollen	
1. In der normalen Schwangerschaft sieben Untersuchungen	– *Erstkonsultation:* Anamnese, klinische und vaginale Untersuchung und Beratung, Untersuchung auf Varizen und Beinödeme. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL). – *Weitere Konsultationen:* Kontrolle von Gewicht, Blutdruck, Fundusstand, Urinstatus und Auskultation fötaler Herztöne. Veranlassung der notwendigen Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).
d. Amniozentese, Chorionbiopsie	Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, das dokumentiert werden muss, in den folgenden Fällen: – bei Schwangeren ab 35 Jahren – bei Schwangeren unter 35 Jahren, bei denen ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Kind eine

Massnahme	Voraussetzung
	ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt.
	Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).

Art. 16 Leistungen der Hebammen

[1] Die Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:

a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a:
   1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme sechs Kontrolluntersuchungen durchführen. Sie weist die Versicherte darauf hin, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
   2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen. Bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie erbringt sie ihre Leistungen nach ärztlicher Anordnung.

b. Die Hebamme kann während den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.

c. Die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben c und e sowie nach den Artikeln 14 und 15.

[2] Die Hebammen können gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste für die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben a und e die notwendigen Laboranalysen veranlassen.

[3] Sie können zu Lasten der Versicherung auch Leistungen der Krankenpflege nach Artikel 7 Absatz 2 erbringen. Die Leistungen sind nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt und nach der vorzeitigen Entlassung aus dem Spital oder aus dem Geburtshaus durchzuführen.

II

[1] Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

[2] Anhang 2 «Mittel- und Gegenständeliste»[4] gilt in der Fassung vom 1. Januar 2009.

[3] Anhang 3 «Analysenliste»[5] gilt in der Fassung vom 1. Januar 2009.

4 In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)
5 In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28)

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

10. Dezember 2008

Eidgenössisches Departement des Innern:

Pascal Couchepin

Anhang 1

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Einleitende Bemerkungen

Dieser Anhang stützt sich auf Artikel 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung. Er enthält keine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Er enthält:

- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit durch die Leistungs- und Grundsatzkommission geprüft wurde und deren Kosten demgemäss übernommen, allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder gar nicht übernommen werden;
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden;
- besonders kostspielige oder schwierige Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von hierfür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

Ziff. 2, 3, 6, 9 und 11

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
2 Innere Medizin			
2.1 Allgemein			
…			
Extrakorporelle Photophorese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Nein	– Bei Graft-Versus-Host-Disease – bei Lungen-Transplantation.	1.1.2009
…			
2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie			
…			
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch: – Balkendurchtrennung – Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler – Vagusstimulation	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
…			
Bandscheiben-Prothesen	Ja	In Evaluation Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. – Degeneration von maximal 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbarsegmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur. Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009 bis 31.7.2009
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	In Evaluation Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 bis 31.7.2009

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.	
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESIS)	Ja	In Evaluation Durchführung der Operation nur durch einen durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateur. Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 bis 31.7.2009
…			
2.5 Krebsbehandlung			
…			
Extrakorporelle Photochemotherapie		*Aufgehoben*	
Low-dose-rate-Brachytherapie	*Ja*	In Evaluation 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. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 bis 31.12.2013
…			
3 Gynäkologie, Geburtshilfe			
…			
Radiologisch und ultraschallgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe	Ja	Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom 2. November 2001.	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2009 bis 31.7.2009
…			

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
6 Ophthalmologie			
…			
Photodynamische Therapie der Makula-degeneration mit Verteporfin	Ja	Exudative, prädominant klassische Form der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2006
	Ja	In Evaluation Bei durch pathologische Myopie verursachten Neovaskularisationen. Führung eines einheitlichen Evaluations-registers mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009 bis 31.12.2011
	Nein	Andere Formen der altersbedingten Makuladegeneration.	1.1.2008
…			
9 Radiologie			
…			
9.2 Andere bildgebende Verfahren			
…			
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	1. Durchführung gemäss den klinischen Richtlinien zu FDG-PET vom 7. April 2008 der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 der SGNM erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: a. in der Kardiologie: – präoperativ vor einer Herz-transplantation. b. in der Onkologie:	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
	Nein	Bei folgenden Indikationen: a. in der Kardiologie: – bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG) – zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefässer-krankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkulations-störung.	1.8.2006/ 1.1.2007

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		b. in der Neurologie: – präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie – Abklärung von Demenzen – bei therapieresistenter fokaler Epilepsie.	
…			
11 Rehabilitation			
…			
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. – Patienten und Patientinnen mit Status nach Myokardinfarkt, mit oder ohne PTCA – Patienten und Patientinnen mit Status nach Bypass-Operation – Status nach anderen Interventionen am Herzen oder an den grossen Gefässen – Patienten und Patientinnen nach PTCA, vor allem bei vorgängiger Inaktivierung und/oder Vorliegen multipler Risikofaktoren – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und multiplen therapierefraktären Risikofaktoren und sonst guter Lebenserwartung – Patienten und Patientinnen mit chronischer Herzkrankheit und mit schlechter Ventrikelfunktion. Die Therapie kann ambulant oder stationär in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt werden, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur dem Anforderungsprofil der Schweiz. Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie von 29. März 2001 entspricht. 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.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009

Massnahmen	Leistungs-pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Die Dauer der stationären Behandlung beträgt in der Regel vier Wochen, kann aber in weniger komplexen Fällen auf zwei bis drei Wochen verkürzt werden.	
…			