

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

Änderung vom 2. Dezember 2010

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:

I

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

Art. 12a Bst. 1

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

Massnahme	Voraussetzung
l. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	<ol style="list-style-type: none">1. Gemäss den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom Juni 2007 (BAG-Bulletin Nr. 25, 2007):<ol style="list-style-type: none">a. Generelle Impfung der Mädchen im Schulalter;b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15–26 Jahren. Diese Bestimmung gilt bis zum 31. Dezember 2012.2. Impfung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen, die folgende Minimalanforderungen erfüllen:<ol style="list-style-type: none">a. Die Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzlichen Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sicher gestellt;

¹ SR 832.112.31

Massnahme	Voraussetzung
	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.

II

¹ Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

² Anhang 2 «Mittel- und Gegenständeliste» wird geändert.²

³ Anhang 3 «Analysenliste» wird geändert.³

III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

2. Dezember 2010

Eidgenössisches Departement des Innern:

Didier Burkhalter

² In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann unter www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise eingesehen werden.

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

Anhang 1

Ziff. 1, 2 und 9

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.1 Allgemein</i>			
...			
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 Study Group for Morbid Obesity» (SMOB) vom 9.11.2010 ⁴ 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 von 9.11.2010 zu respektieren. Bei Zentren, die von der SMOB zertifiziert sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist. Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011
...			
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
...			
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	Ja	FrISChe schmerzhaft e Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss. Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23.9.2004.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011

⁴ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	
...			
2	Innere Medizin		
2.1	Allgemein		
...			
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		<p>In den durch die Zertifizierungsstelle der SwissTransplant-Arbeitsgruppe für Blood and Marrow Transplantation (STABMT) qualifizierten Zentren.</p> <p>Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration. Fourth edition» vom Oktober 2008⁵.</p> <p>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 und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.	
– autolog	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei Lymphomen – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei akuter myeloischer Leukämie – beim multiplen Myelom. 	1.1.1997
	Ja	<p>Im Rahmen von klinischen Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei myelodysplastischen Syndromen – beim Neuroblastom – beim Medulloblastom – bei der chronisch myeloischen Leukämie – beim Mammakarzinom – beim Keimzelltumor – beim Ovarialkarzinom – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor – beim Rhabdomyosarkom – bei seltenen soliden Tumoren im Kindesalter. 	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Ja	<p>In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Autoimmunerkrankungen. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p>	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Nein	<p>Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> – im Rückfall einer akuten myeloischen Leukämie – im Rückfall einer akuten lymphatischen Leukämie – beim Mammakarzinom mit fortgeschrittenen Knochenmetastasen – beim kleinzelligen Bronchuskarzinom – bei kongenitalen Erkrankungen. 	1.1.1997/ 1.1.2008
– allogenen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> – bei akuter myeloischer Leukämie – bei akuter lymphatischer Leukämie – bei der chronischen myeloischen Leukämie – beim myelodysplastischen Syndrom – bei der aplastischen Anämie – bei Immundefekten und Inborn errors – bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie (HLA-identisches Geschwister als Spender). 	1.1.1997

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Ja	Im Rahmen von klinischen Studien: – beim multiplen Myelom – bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie) – beim Nierenzellkarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenterstudien: – bei Autoimmunerkrankungen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauens- ärztin. Nach erfolgloser konventioneller Thera- pie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008 bis 31.12.2012
	Nein	– bei soliden Tumoren – beim Melanom.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Nein	In Evaluation – beim Mammakarzinom.	1.1.2002/ 1.1.2008
...			
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>	
...			
Bandscheiben- Prothesen	Ja	In Evaluation Symptomatische degenerative Erkan- kung der Bandscheiben der Hals- und Lendenwirbelsäule. Eine 3-monatige (HWS) beziehungsweise 6-monatige (LWS) konservative Therapie war erfolglos – Ausnahmen sind Patien- ten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Hals- und Lenden- wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrscha- ren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. – Degeneration von maximal 2 Segmenten – minimale Degeneration der Nachbar- segmente – keine primäre Facettengelenksarthrose (LWS) – keine primäre segmentale Kyphose (HWS) – Beachtung der allgemeinen Kontrain- dikationen.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DIAM)	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p> <p>Die Leistungserbringer führen ein nationales Register, das durch das Institut für evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie der Universität Bern betreut wird.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESIS)	Ja	In Evaluation Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Operateur. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie zertifizierten Operateuren wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Operateur durchgeführt werden, der nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. 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/ 1.7.2009/ 1.1.2011 bis 31.12.2011
...			
2.5		<i>Krebsbehandlung</i>	
...			
Multigen Test beim Mammakarzinom (Breast Cancer Assay)	Nein		1.1.2011
...			
9		Radiologie	
...			
9.2		<i>Andere bildgebende Verfahren</i>	
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET)	Ja	Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG) 1. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ⁶ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. 2. Bei folgenden Indikationen: a. in der Kardiologie: – präoperativ vor einer Herztransplantation.	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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
	Nein	<ul style="list-style-type: none"> b. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 7. April 2008⁷ zu FDG-PET. Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG) bei folgenden Indikationen:	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011
		<ul style="list-style-type: none"> a. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – 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 Mehrgefässerkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikro-zirkulationsstörung. b. in der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie – Abklärung von Demenzen – bei therapieresistenter fokaler Epilepsie. Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)	
		...	
		9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie	
		...	
Protonen-Strahlentherapie	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin. Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen bzw. jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011 bis 31.12.2011

⁷ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...		Indikationen: – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Platten- epithelkarzinome, Adeno- und adeno- cystische Karzinome, Lymphoepi- theliome, 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 Körper- stamms und der Extremitäten (Weich- teil- und Knochensarkome) – Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Durchführung am Paul Scherrer-Institut Villigen Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik	
Embolisation von Gebärmuttermyomen	Ja	In Evaluation Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit Erfahrung mit inter- ventionell-radiologischen Techniken. Zeitgemässe Angiografieanlage. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011 bis 31.12.2012
...			