

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹ (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

vom 29. September 1995 (Stand am 30. April 2020)

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI),

gestützt auf die Artikel 33, 36 Absatz 1, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 65b Absatz 3, 65f Absatz 5, 65g Absatz 3, 70a, 75, 77 Absatz 4 und 104a der Verordnung vom 27. Juni 1995² über die Krankenversicherung (KVV),³

verordnet:

1. Titel: Leistungen

1. Kapitel:

Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen⁴

1. Abschnitt: Vergütungspflicht

Art. 1⁵

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.

AS 1995 4964

¹ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 7. Okt. 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 3670).

² SR 832.102

³ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 29. April 2015, in Kraft seit 1. Juni 2015 (AS 2015 1359).

⁴ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 27. Nov. 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 3088).

⁵ Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008, in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 6493).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Knochen densitometrie mittels peripherem quantitativem CT (pQCT)	Nein		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultraschallmessung des Knochens	Nein		1.1.2003
Knochenanalytische Methoden:			
– Knochen-resorptionsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
– Knochen-formationsmarker	Nein	Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Ja	Zur Diagnostik bei dringendem klinischem Verdacht auf eine Brustpathologie.	1.1.2008
<i>9.2 Andere bildgebende Verfahren</i>			
Magnetische Kern-resonanz (MRI)	Ja		1.1.1999
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ³¹⁴ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	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
		a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:	
		1. in der Kardiologie:	
		– präoperativ vor einer Herztransplantation,	
		– bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring,	
		– bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;	
		2. in der Onkologie:	
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 ³¹⁵ zu FDG-PET.	
		3. in der Neurologie:	
		– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,	
		– zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach 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	

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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.	
	4.	in der Allgemeinen Inneren Medizin, Infektiologie oder Rheumatologie: <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; 	
	5.	In Evaluation: Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 bis 31.12.2020
	b)	Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	1.7.2013
	c)	Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	1.7.2013
	d)	Mittels 18F-Fluorocholin, nur bei folgenden Indikationen: Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.7.2014/ 1.1.2018 1.1.2019

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid	1.1.2013/ 1.7.2014/
		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	1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020
Magnet- Enzephalographie	Nein		1.7.2002

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ultraschall- Elastographie der Leber	Ja	Zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Leberfibrose bzw. -zirrhose (z.B. durch virale Hepatitis, regelmässige Einnahme von Hepatotoxinen).	1.1.2012
<i>9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie</i>			
Pionen- Strahlentherapie	Nein		1.1.1993
Ambulante stereotakti- sche Radiotherapie (Photonen) der feuch- ten altersbedingten Makuladegeneration		In Evaluation Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: – Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssig- keit oder Blutungen – laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung – keine Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendi- gen, hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft – Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zentrum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.1.2018 bis 30.6.2020
Protonen- Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut 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