



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

Änderung vom **16. Januar 2019**

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)  
verordnet:

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 12a Bst. a, b, d und g*

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

Massnahme	Voraussetzung
a. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan <del>2018-2019</del> » (Impfplan <del>2018-2019</del> ) <sup>2</sup> des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
b. Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss Impfplan <del>2018-2019</del> .
d. 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.

<sup>1</sup> SR 832.112.31

<sup>2</sup> [Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Massnahme	Voraussetzung
g. Meningokokken-Impfung	<p>2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage- zum Bulletin des BAG 5/98<sup>3</sup> und Ergänzung des Bulletins 36/98<sup>4</sup>) sowie gemäss Impfplan <del>2018</del>2019.</p> <p>Gemäss Impfplan 2018. <u>und den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom 12. November 2018 (BAG-Bulletin Nr. 46/18)</u></p> <p>Die Kosten werden nur für die Impfung mit Impfstoffen übernommen, die für die betreffende Altersgruppe über die nötige Zulassung verfügen.</p> <p>Bei beruflicher und reisemedizinischer Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung.</p>

*Art. 12d Bst. a*

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
a. HIV-Test	<p>Bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter.</p> <p>Bei den übrigen Personen gemäss der Richtlinie «Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin bei bestimmten Krankheitsbildern (HIV-Indikatorerkrankungen)» des BAG vom 18. <del>November 2013</del><u>Mai 2015</u><sup>5</sup>.</p>

<sup>3</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>.

<sup>4</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/ref>.

<sup>5</sup> Das Dokument ist einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>.

*Art. 12e Bst. d*

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung in der allgemeinen Bevölkerung unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
d. Früherkennung des Kolonkarzinoms	<p>Im Alter von 50 bis 69 Jahren.</p> <p>Untersuchungsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder</li> <li>– Koloskopie, alle 10 Jahre.</li> </ul> <p>Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Genf, Jura, Neuenburg, Uri <del>oder</del>, Waadt oder <u>Wallis oder</u> im Verwaltungskreis Berner Jura statt, <u>so</u> wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.</p>

*Art. 13 Bst. b<sup>ter</sup>*

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG<sup>6</sup>):

Massnahme	Voraussetzung
b <sup>ter</sup> . Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p><del>zur</del><u>Zur</u> Untersuchung auf eine Trisomie-<u>21</u>, 18 oder 13.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom <del>1. Januar</del><u>14. März</u> 2018<sup>7</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomateriale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p>

<sup>6</sup> SR 832.10

<sup>7</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahme	Voraussetzung
	<p><u>Bei Zwillingschwangerschaften sind NIPT mittels Microarray oder Single Nucleotide Polymorphism (SNP) von der Kostenübernahme durch die Versicherung ausgeschlossen.</u></p> <p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.</p> <p>Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p> <p>Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.</p>

## II

- <sup>1</sup> Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.
- <sup>2</sup> Anhang 2<sup>8</sup> («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.
- <sup>3</sup> Anhang 3<sup>9</sup> («Analysenliste») wird geändert.

<sup>8</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL).

<sup>9</sup> In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL).

III

<sup>1</sup> Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt der Absätze 2 und 3 am 1. März 2019 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 12a Buchstaben a, b und d tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

<sup>3</sup> Ziffer II Absatz 2 tritt am 1. April 2019 in Kraft.

16. Januar 2019

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

keine Rechtsverbindlichkeit

Anhang 1  
(Art. 1)

## Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Ziff 1.2, 1.4, 2.1, 5 und 9.2

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1</b>	<b>Chirurgie</b>		
1.2	Transplantationschirurgie		
...			
Isolierte Nicht-Lebend-Lungen- transplantation	Ja	Bei Patienten und Patientinnen im Endstadium einer chronischen Lungenerkrankung.  In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève in Zusammenarbeit mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>	1.1.2003
...			
Lebend-Lebertrans- plantation	Ja	Durchführung in folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>  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 und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung.  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
Kombinierte (simul- tane) Pankreas- und Nierentransplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>	1.1.2003
Pankreas- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires de Genève, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>	1.7.2010
Isolierte Pankreastrans- plantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires de Genève, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Kombinierte simul- tane Insel- und Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires de Genève, <del>sofern sie am Swiss Transplant Register teilnehmen.</del>	1.7.2010

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Insel- nach Nieren- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, <u>Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires</u> de Genève, <u>sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.</u>	1.7.2010
Isolierte Allotransplan- tation der Langer- hans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, <u>Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires</u> de Genève, <u>sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.</u>	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Autotransplan- tation der Langer- hans'schen Inseln	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, <u>Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires</u> de Genève, <u>sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.</u>	1.7.2002/ 1.7.2010
Isolierte Dünndarm- transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, <u>Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires</u> de Genève, <u>sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.</u>	1.7.2002/ 1.7.2010
Leber-Dünndarm- und multiviszerales Transplantation	Ja	In folgenden Zentren: Universitätsspital Zürich, <u>Hôpital cantonal universitaire Hôpitaux Universitaires</u> de Genève, <u>sofern sie am Swiss Transplant-Register teilnehmen.</u>	1.7.2002/ 1.7.2010
...			
<b>Massnahme «Behandlung von schwer heilenden Wunden mittels gezüchteter Hauttransplan- tate»</b>			
<b>Aufgehoben</b>			
...			
<b>1.4 Urologie und Proktologie</b>			
...			
<u>Perkutane Elektroneu- romodulation des Tibi- alnervs</u>	Ja	<u>Zur Behandlung der idiopathischen hyperakti- ven Blase oder der Stuhlinkontinenz.</u> <u>Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptio- nen.</u>	<u>1.3.2019</u>
...			
<b>2 Innere Medizin</b>			
<b>2.1 Allgemein</b>			
...			
Hämatopoietische Stammzell-Transplan- tation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell-Transplantation» (SBST) anerkannten Zentren.  Durchführung gemäss den von «The Joint Ac- creditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» und der «Foundation for the Accredi- tation of Cellular Therapy (Fact)» herausgeg- ebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for <u>hematopoietic</u> Cellular Therapy	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ <u>1.3.2019</u>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
------------	-----------------------	-----------------	-----------

Product Collection, Processing and Administration», ~~5. Ausgabe~~ 7. Ausgabe vom März ~~2012~~ 2018<sup>10</sup>.

Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung ~~allfälliger~~ allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004<sup>11</sup> und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007<sup>12</sup>.

Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.

**Die Unterpunkte «-autolog» und «-allogen» bleiben bestehen.**

...

2.3 *Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie*

...

Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	In Evaluation Zur Behandlung <del>von:</del> <del>Tremor</del> 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) - etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung <del>Behandlung schwerer chronischer therapieresistenter neuropathischer</del> <u>schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen</u> Schmerzen.	15.7.2015 bis 30.6.2020
---	----	---	-------------------------------

Führen eines Evaluationsregisters.

## 5 Dermatologie

...

**Massnahme «Dreidimensionale biologische extrazelluläre Matrix tierischen Ursprungs» ersetzen durch:**

Dreidimensionale biologische extrazelluläre	Ja	Für die Behandlung chronischer Wunden.	1.7.2011/ <u>1.3.2019</u>
---	----	--	------------------------------

<sup>10</sup> ~~Das Dokument ist~~ Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>11</sup> SR 810.21

<sup>12</sup> SR 810.211



Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
------------	-----------------------	-----------------	-----------

Matrix tierischen Ursprungs  
Anwendung  
von Hautäquivalenten

Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind.

Indikationsstellung und Wahl der Methode bzw. des Produkts gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven MaterialienHautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. ~~Juli 2011~~ April 2018<sup>13</sup>.

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 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.

...

## 9 Radiologie

### 9.2 Andere bildgebende Verfahren

...

Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 <sup>14</sup> 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/
		a) Mittels <u>18-F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)</u> , nur bei folgenden Indikationen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. in der Kardiologie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– präoperativ vor einer Herztransplantation,</li> <li>– bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring.</li> </ul> </li> </ol>	

<sup>13</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>14</sup> Die DokumenteRichtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– <u>bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;</u>	1.7.2018/ 1.1.2019/ <u>1.3.2019</u>
2.		in der Onkologie: – gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 <sup>15</sup> zu FDG-PET <sup>2</sup> ;	
3.		in der Neurologie: – präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie, – zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch <u>Spezialärzte</u> <u>Fachärzte</u> und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum Alter von 80 Jahren, 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 <sup>2</sup> ;	
4.		<u>in der Inneren Medizin/Infektiologie:</u> – <u>bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkonklusiver internistischer und infektiologischer Abklärung und Bildgebung inkl. MRI und/oder CT, auf Anordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Innere Medizin, Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie,</u> – <u>bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts,</u> – <u>bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie;</u>	
45.		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 bis 31.12.2019
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	1.7.2014/ 1.1.2018

<sup>15</sup> Die DokumenteRichtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	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) Bei folgenden Indikationen: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.	1.1.2016
		f) Mittels PSMA-Tracer 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 <sub>2</sub> <sup>15</sup> O, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.	1.7.2018
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid b) Mittels 18F-Florbetapir c) Mit anderen Isotopen als 18-F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), PSMA, DOTA-Peptiden oder H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
...			