



Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 23. Juni 2021

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

I

Die Verordnung des EDI vom 29. September 1995¹ über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 4 Einleitungssatz und Bst. c Einleitungssatz

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden Leistungen, soweit sie von nach Artikel 44 KVV zugelassenen Chiropraktoren und Chiropraktorinnen oder von nach Artikel 44a KVV zugelassenen Organisationen der Chiropraktik verordnet sind:

- c. der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände:

Art. 5 Abs. 1 Einleitungssatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von nach Artikel 47 KVV zugelassenen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen oder von nach Artikel 52 KVV zugelassenen Organisationen der Physiotherapie und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefässe, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:

¹ SR 832.112.31

Art. 6 Abs. 1 Einleitungssatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von nach Artikel 48 KVV zugelassenen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen oder von nach Artikel 52a KVV zugelassenen Organisationen der Ergotherapie erbracht werden, soweit sie:

Art. 9b Abs. 1 Einleitungssatz

¹ Die nach Artikel 50a zugelassenen Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen und die nach 52c KVV zugelassenen Organisationen der Ernährungsberatung beraten auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten und Patientinnen mit folgenden Krankheiten:

Art. 10 Einleitungssatz

Die nach Artikel 50 KVV zugelassenen Logopäden und Logopädinnen und die nach Artikel 52b KVV zugelassenen Organisationen der Logopädie führen 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:

Art. 11a Abs. 1

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der diagnostischen Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von nach Artikel 50b KVV zugelassenen Neuropsychologen und Neuropsychologinnen oder von nach Artikel 52d KVV zugelassenen Organisationen der Neuropsychologie erbracht werden:

*Gliederungstitel vor Art. 11b***6. Abschnitt: Psychologische Psychotherapie***Art. 11b*

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapie und der damit in Beziehung stehenden Leistungen der Koordination, die von nach Artikel 50c KVV zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen oder von nach Artikel 52e KVV zugelassenen Organisationen der psychologischen Psychotherapie durchgeführt werden, wenn die Grundsätze nach Artikel 2 eingehalten und die Leistungen wie folgt erbracht werden:

- a. auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem eidgenössischen oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder in Kinder- und Jugendmedizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin;

- b. bei Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation: auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem Weiterbildungstitel nach Buchstabe a oder einem anderen Weiterbildungstitel.

² Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Anzahl Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht.

³ Soll die Psychotherapie für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe a nach 30 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so ist das Verfahren nach Artikel 3b sinngemäss anwendbar. Der Bericht mit dem Vorschlag zur Fortsetzung erfolgt durch den anordnenden Arzt oder die anordnende Ärztin. Er enthält eine durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit einem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbrachte Fallbeurteilung.

⁴ Für Leistungen nach Absatz 1 Buchstabe b übernimmt die Versicherung höchstens 10 Abklärungs- und Therapiesitzungen.

Gliederungstitel vor Art. 11c

7. Abschnitt: Podologie

Art. 11c

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von nach Artikel 50d KVV zugelassenen Podologen und Podologinnen oder von nach Artikel 52f KVV zugelassenen Organisationen der Podologie erbracht werden, soweit:

- a. die Leistungen bei Personen mit Diabetes mellitus durchgeführt werden, bei denen einer der nachfolgenden Risikofaktoren für ein diabetisches Fuss-Syndrom vorliegt:
 - 1. Polyneuropathie, mit oder ohne peripher arterielle Verschlusskrankheit (PAVK),
 - 2. früheres diabetisches Ulcus,
 - 3. erfolgte diabetesbedingte Amputation, unabhängig vom Vorliegen einer Neuro- oder Angiopathie; und
- b. es sich um folgende Leistungen handelt:
 - 1. Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle,
 - 2. protektive Massnahmen, namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege,

3. Instruktion und Beratung der Patienten und Patientinnen zu Fuss-, Nagel- und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und von orthopädischen Hilfsmitteln,
4. Prüfung der Passform der Schuhe.

² Sie übernimmt pro Kalenderjahr die Kosten für höchstens folgende Anzahl Sitzungen:

- a. bei Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie:
 1. ohne PAVK: vier Sitzungen,
 2. mit PAVK: sechs Sitzungen;
- b. bei Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation: sechs Sitzungen.

³ Eine neue ärztliche Anordnung ist erforderlich für die Fortsetzung der medizinischen Fusspflege zulasten der Versicherung nach dem Ende eines Kalenderjahres.

Art. 16 Abs. 1 Einleitungssatz

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden Leistungen, die von nach Artikel 45 KVV zugelassenen Hebammen oder von nach Artikel 45a KVV zugelassenen Organisationen der Hebammen erbracht werden:

Art. 40

Aufgehoben

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. März 2021²

Aufgehoben

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie längstens bis 6 Monate nach Inkrafttreten der Änderung vom

III

¹ Diese Verordnung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Januar 2022 in Kraft.

² Artikel 11b tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.

23. Juni 2021

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

