

## Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

### Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

#### 1 Chirurgie

##### 1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Lymphovenöse Anastomose und Vaskularisierte Lymphknoten- transplantation zur Behandlung von Lymphödem	Ja	In Evaluation Wenn die mit dem Lymphödem verbundenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen ungenügend auf dokumentierte, leitlinienkonforme konservative komplexe physikalische Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Bewegungsübungen, Kompression, Hautpflege) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2021 bis 31.12.2026
Liposuktion zur Behandlung von Schmerzen bei Lipödem	Ja	In Evaluation Wenn die mit dem Lipödem verbundenen Schmerzen ungenügend auf intensive und dokumentierte konservative Therapie (konsequente Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainagetherapie) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung interdisziplinär durch mindestens zwei der folgenden Fachärzte oder Fachärztinnen für Angiologie, Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Endokrinologie/Diabetologie oder Dermatologie. Durchführung durch einen Facharzt oder eine Fach- ärztin mit profundem Wissen mit der Technik der Lipo- suktion.	1.7.2021 bis 31.12.2025

<sup>1</sup> In der AS nicht veröffentlicht.

Operative Adipositasbehandlung	Ja	<p>Der Patient oder die Patientin hat einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 35.</p> <p>Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos.</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den <del>Medizinischen</del> Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom <b>1. Januar 2021</b><sup>2</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die <del>Medizinischen</del> Richtlinien der SMOB vom <b>1. Januar 2021</b> zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach <del>ihren Administrativen</del> <del>der SMOB</del> Richtlinien vom <b>1. Januar 2021</b> anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018/ <b>1.7.2021</b>
Metabolische Chirurgie	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Der Patient oder die Patientin hat einen schlecht einstellbaren Diabetes Typ II und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 – 35. Der Diabetes Typ 2 lässt sich durch konservative Massnahmen alleine über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht suffizient einstellen.</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) vom <b>1. Januar 2021</b><sup>3</sup> zur operativen Behandlung von Übergewicht.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die Richtlinien der SMOB vom <b>1. Januar 2021</b> zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach <del>ihren</del> Richtlinien <del>der SMOB</del> vom <b>1. Januar 2021</b> anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2021/ <b>1.7.2021</b> bis 31.12.2025

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

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

## 8. Psychiatrie und Psychotherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<p><del>Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit</del> Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeitssyndrom</p>	Ja	<p>Methadon-, buprenorphin-, morphin-retard- und heroingestützte Behandlung</p> <p>1. Gemäss den Medizinischen Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) vom 16. Juli 2020<sup>4</sup> und unter Einhaltung der nationalen und jeweiligen kantonalen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften</p> <p><del>1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen:</del></p> <p><del>a. bei der Methadon-, buprenorphin- und morphin-retard-gestützte Behandlung «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Juli 2013</del></p> <p><del>b. bei der heroingestützten Behandlung: Bestimmungen der Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (SR 812.121.6) sowie Richtlinien und Empfehlungen des Handbuchs des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information» vom September 2000.</del></p> <p>2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein.</p> <p>3. Die <del>Substitutionsbehandlung</del> Opioidagonistherapie (OAT) umfasst die folgenden Leistungen:</p> <p>a. ärztliche Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zugrunde liegende Störungen</li> <li>– Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen)</li> <li>– Erstellen der Diagnose und der Indikation</li> <li>– Erstellen eines Behandlungsplanes</li> <li>– Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer</li> <li>– Einleiten und Durchführung der <del>Substitutionsbehandlung</del> OAT</li> <li>– Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt</li> <li>– Qualitätssicherung</li> </ul>	<p>1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2021</p>

4

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

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen</del></li> <li>- Evaluation des therapeutischen Prozesses</li> <li>- Rückfragen bei der Abgabestelle</li> <li>- Überprüfung der Diagnose und der Indikation</li> <li>- Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden</li> <li>- Berichterstattung an Behörden und Krankensversicherer</li> <li>- Qualitätskontrolle.</li> </ul> <p>b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle</li> <li>- Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates</li> <li>- Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde</li> <li>- Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin</li> <li>- Beratung</li> </ul> <p style="color: red;">4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.</p> <p style="color: red;">5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden</p>	
--	--	---	--

### 9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumorthherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie		<p style="color: red;">Bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt</del></li> <li><del>— Blasen-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt</del></li> <li><del>— Rektum-Karzinom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie oder Lokalrezidiv in vorbestrahltem Areal</del></li> <li><del>— Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie</del></li> <li><del>— Pankreas-Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor</del></li> <li><del>— Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe &gt; 5 cm</del></li> <li><del>— Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe &gt; 5 cm</del></li> </ul> <p>Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem Swiss Hyperthermia Network angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen Tumorboard.</p>	
	Ja	<p style="color: red;">Bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt</li> <li>- Pankreas-Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor</li> <li>- Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe &gt; 5 cm</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019 1.7.2021

	Ja	In Evaluation, bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie</li> <li>- Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe &gt; 5 cm</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019 1.7.2021 bis 30.6.2023
--	----	---	---

### 9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positron-Emissions- Tomographie (PET, PET/CT, PET/MR)	Ja	<p>Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 9. Februar 2021<sup>5</sup>.</p> <p>Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen.</p> <p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 1. März 2021<sup>6</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:</p> <p>1. in der Kardiologie:</p> <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> <li>— bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;</li> </ul> <p>2. in der Onkologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011<sup>7</sup> zu FDG PET;</li> <li>— Zur Abklärung von Lungenrundherden, Raumforderungen im Mediastinum und suspekten Raumforderungen an anderen Lokalisationen bei nicht möglicher oder unzumutbarer Biopsie oder zur Lokalisierung des Biopsieortes</li> </ul> <p>3. in der Neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,</li> <li>— 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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 2018<sup>8</sup>), Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bis zum vollendeten 80. Altersjahr, bei einem</li> </ul>	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/ 1.1.2013/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2016/ 1.1.2017/ 1.7.2017/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.7.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021

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

<sup>6</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

		<p>Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren, keiner vorausgegangen Untersuchung mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).</p> <p>4. in der Allgemeinen Inneren Medizin, Infektiologie oder Rheumatologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 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,</li> <li>— bei Verdacht auf Grossgefässvaskulitis und zum Therapiemonitoring, auf Anordnung durch Fachärzte und ärztinnen für Rheumatologie, Allergologie und klinische Immunologie, Innere Medizin, Angiologie und Gefässchirurgie,</li> <li>— bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts,</li> <li>— bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie</li> </ul> <p>b) Mittels N 13 Ammoniak, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.</p> <p>c) Mittels 82 Rubidium, nur bei folgender Indikation: Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.</p> <p>d) Mittels 18F Fluorocholin, nur bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Zum Restaging bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms</li> <li>— Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. SPECT/CT).</li> </ul> <p>e) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), nur bei folgender Indikation: Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren.</p> <p>f) Mittels PSMA, nur bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Zum primären Staging eines neu diagnostizierten nicht-metastasierten Prostatakarzinoms in den Risikokategorien:</li> <li>— Intermediate risk (PSA 10 – 20 ng/ml oder Gleason-Score 7 oder cT-Kategorie 2b)</li> <li>— High risk (PSA &gt; 20 ng/ml oder Gleason-Score &gt; 7 oder cT-Kategorie 2c)</li> <li>— Zum Restaging bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms.</li> </ul> <p>g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgenden Indikationen:</p>	
--	--	--	--

		<p>Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore.</p> <p>— Therapieplanung bei Meningeomen.</p> <p>h) Mittels H2150, nur bei folgender Indikation: Zur Perfusionsmessung vor und nach zerebralen Revaskularisationseingriffen bei Moyamoya-Krankheit.</p> <p>i) Mittels markiertem Amyloid-Tracer, nur bei folgender Indikation:</p> <p>— 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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 21. Juni 20189), 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.</p>	
	Nein	<p>a) Mittels 18F-Fluorid</p> <p>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 oder H2150 oder markierten Amyloid-Tracern.</p>	