

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Zement-Augmentation (Vertebroplastie, Kyphoplastie) zur Therapie von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen	Ja	Bei osteoporotischer Wirbelkörperfraktur, wenn eine konservative Schmerztherapie keine für eine Mobilisierung ausreichende Schmerzlinderung ergibt oder zu erwarten ist, gemäss der Leitlinie «Chirurgische Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen» der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neuroradiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 8. September 2024 12. Juni 2023 ² Interdisziplinäre Indikationsstellung durch ein «Spine Board», bestehend aus einem Facharzt / -ärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021) ³ besitzen und mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie oder Endokrinologie. Die Besprechung und Indikationsstellung muss müssen müssen dokumentiert sein. Durchführung an einem Zentrum, an welchem mindestens ein Facharzt / eine Fachärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021) ⁴ tätig ist.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Spondylodese mittels Diskuskäfigen oder Knochentransplantat zur Therapie: - von Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Diskushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten	Ja	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2024

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

<p>oder Patientinnen mit therapiere-sistenten invalidisierenden spondy-logenen oder radikulären Schmer-zen, bedingt durch klinisch und ra-diologisch nachgewiesene insta-bile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule - nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pedikelschrau-bensystem</p>		<p>-Instabilität der Wirbelsäule mit Diskushernie, Dis-kushernienrezidiv oder Stenose bei Patienten oder Pa-tientinnen mit therapiere-sistenten invalidisierenden spondylogenen und radikulären Schmerzen, bedingt durch klinisch und radiologisch nachgewiesene insta-bile, degenerative Pathologien der Wirbelsäule -nach Misserfolg einer hinteren Spondylodese mit Pe-dikelschraubensystem</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsappara-tes, die jeweils den Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)⁵ besitzen.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chi-rurgin durchgeführt werden, der oder die die oben ge-nannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgän-gig die besondere Gutsprache des Versicherers einzu-holen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
<p>Prothesen der zervikalen Band-scheiben</p>	<p>Ja</p>	<p>Bei folgender Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. - Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolg-los. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbel-säule, die auch unter stationären Therapiebedin-gungen an nicht beherrschbaren Schmerzzustän-den leiden oder bei denen trotz konservativer The-rapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten. - Degeneration von maximal zwei Segmenten - keine primäre segmentale Kyphose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsappara-tes, die jeweils den mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchi-rurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁶) besitzen.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chi-rurgin durchgeführt werden, der oder die die oben ge-nannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgän-gig die besondere Gutsprache des Versicherers einzu-holen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>
<p>Prothesen der lumbalen Band-scheiben</p>	<p>Ja</p>	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Band-scheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit dege-nerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <p>- Degeneration von maximal zwei Segmenten</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>

⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		<p>– keine primäre Facettengelenksarthrose</p> <p>– Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁷) besitzen.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁸) besitzen.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>
Posteriore pedikelschraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikationen:</p> <p>– Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>– Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die jeweils den mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁹) besitzen.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>

⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
--	--	--	--

1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Angleichende Brustaugmentation der gesunden Brust bei Brustamputation oder teilweiser Brustentfernung der erkrankten Brust	Ja	Zur Behebung einer Brustasymmetrie und Herstellung der physischen und psychischen Integrität der Patientin. - Innerhalb von 5 Jahren nach Krebstherapie oder Brustrekonstruktion - Mittels Silikonprothese und / oder - Mittels autologer Fetttransplantation (bis zu 3 Sitzungen) durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.	1.1.2024
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruktion der Mamma	Ja	In Evaluation Als ergänzende Massnahme zur Massnahme «Operative Mammarekonstruktion» Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024 bis 30.6.2024

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Respiratorische Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie, Oto-Rhino-Laryngologie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016¹⁰) , dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019 ¹¹ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015 ¹² erfüllen.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.1.2024

¹⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		<p>Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie, ORL oder Pädiatrie mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie [Weiterbildungsprogramm vom 16. Juni 2016¹³]), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt werden, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
--	--	---	--

2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<p>Telemedizinprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz</p>	Ja	<p>Bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II oder III und folgenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linksentrikuläre Ejektionsfraktion von < 40% - Hospitalisation wegen kardialer Dekompensation in den letzten 12 Monaten - Ärztliche Anordnung durch eine andere Ärztin / anderen Arzt als die- oder derjenige der telemedizinischen Zentrale - die ärztliche Anordnung ist 3 und 12 Monate nach der Erstanordnung und danach jährlich zu erneuern <p>Das ärztlich geleitete Programm umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitung durch eine Ärztin oder einen Arzt in der Schweiz - Anleitung der teilnehmenden Person zur Anwendung des Telemonitorings - Tägliches Telemonitoring des Gewichts - Regelmässige Abfrage von krankheitsrelevanten Symptomen - Eine telemedizinische Zentrale, die die algorithmische Datenverarbeitung durchführt und Warnmeldungen des Telemonitorings sichtet - Definition von individuellen Schwellenwerten, die Warnmeldungen auslösen - Bei Auffälligkeiten oder Überschreiten der individuellen Schwellenwerte wird die teilnehmende Person und / oder die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt von einer Fachperson telefonisch kontaktiert - Regelmässiges Telecoaching über das Krankheitsbild, weitere relevante Aspekte (z.B. Risikofaktoren, typische Begleiterkrankungen, nicht-pharmakologische Interventionen) und Anleitung zum Selbstmanagement (z.B. tägliche Dokumen- 	1.4.2024

¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹³ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		<p>tation von Gewicht, Erkennen einer kardialen Verschlechterung wie Gewichtszunahme oder Atembeschwerden und einer Notfallsituation, Adhärenz zu den verordneten Medikamenten, Lebensstiländerung wie körperliche Aktivität, Ernährung und Rauchkarenz)</p> <p>Es ist eine pauschale Vergütung zu vereinbaren.</p>	
--	--	---	--

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigenexpressionstest beim Mammakarzinom	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Indikation:</p> <p>Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. - Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). - Bis zu 3 loko-regionale Lymphknoten sind befallen. - Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie. <p>Testvoraussetzungen:</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013¹⁴). Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG¹⁵ oder ISO 15189 /17025¹⁶ entsprechen.</p>	<p>1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024 bis 31.12.2025</p>
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		...	
- autolog		...	
- allogene	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - bei akuter myeloischer Leukämie - bei akuter lymphatischer Leukämie - bei der chronischen myeloischen Leukämie sowie bei BCR-ABL1-negativen myeloproliferativen Neoplasien - beim myelodysplastischen Syndrom - bei der aplastischen Anämie - bei Immundefekten und Inborn errors - bei der Thalassämie und der Sichelzellanämie - beim multiplen Myelom - bei lymphatischen Krankheiten (Hodgkin's, Non-Hodgkin's, chronisch lymphatische Leukämie). 	<p>1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2024</p>
		...	

¹⁴ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁶ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

6 Ophthalmologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Minimal-invasive Glaukom-Chirurgie (MIGS)	Nein		1.1.2024