



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

Änderung vom ~~---~~6. Dezember 2019

---

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

I

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

*Ersatz eines Ausdrucks  
Betrifft nur den italienischen Text.*

*Art. 12a Bst. c*

<sup>+</sup>Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende prophylaktische Impfungen unter folgenden Voraussetzungen:

<sup>1</sup> SR 832.112.31

Massnahme	Voraussetzung
c.- Impfung gegen Influenza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Impfplan 2019.</li> <li>2. Während einer Influenza-Pandemie-Bedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt (<del>nach Art. 12 der Influenza-Pandemie-Verordnung vom 27. April 2005<sup>2)</sup></del><sup>3)</sup>.</li> </ol> <p>Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.</p>

*Art. 12e Bst. d*

<sup>1</sup> 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 Basel-Stadt, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, Uri <del>oder</del><sup>1</sup> Waadt, Wallis oder im Verwaltungskreis Berner Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.</p>

<sup>3</sup> [SR 818.101.1](#)

---

Massnahme	Voraussetzung
-----------	---------------

---

---

## II

<sup>1</sup> Die Anhänge 1 und 1a werden gemäss Beilage geändert.

<sup>2</sup> Anhang 2<sup>4</sup> («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.

## III

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

6. Dezember 2019

Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

<sup>4</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).

Anhang 1  
(Art. 1)

## Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

Ziff. 1.3, 2.1, 2.5, und 9.2

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<b>1 Chirurgie</b>			
1.3 Orthopädie, Traumatologie			
...			
Autologe Chondrozy- tentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der <u>Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)</u> vom 26. Oktober 2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 <b>1.1.2020</b>  bis <b>31.12.2020</b>
...			
<b>2 Innere Medizin</b>			
2.1 Allgemein			
...			
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	Ja	Bei Graft-Versus-Host-Disease, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z. B. Kortikosteroide) erfolglos war.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Ja	In Evaluation Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren.	1.1.2009/ 1.8.2016 <b>1.1.2020</b>  bis <b>31.12.2021</b>

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

## 2.5 Krebsbehandlung

---

CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:	Ja	Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lympho-depletierende Vortherapien, Infusion der CAR-T-Zellen sowie Behandlung von allfälligen CAR-T-spezifischen Nebenwirkungen. Durchführung in den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» für eine allogene und/ oder autologe Stammzelltransplantation akkreditierten Zentren gemäss den von JACIE und der «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)» herausgegebenen Normen: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6.-Ausgabe vom März 2017 oder 7. Ausgabe vom März 2018 (Genaue Formulierung muss noch geprüft werden). Alle Fälle müssen in einem Register erfasst werden. Soll die Therapie in einem Zentrum erfolgen, das nicht gemäss den genannten Voraussetzungen anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020
— Tisagenlecleucel:	Ja	In Evaluation.	1.1.2020
Bei rezidiviertem oder therapierefraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien.		Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	bis 31.12.2022
Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:			

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

\_\_ refraktär oder  
 \_\_ nach einer autolo-  
 gen Stammzell-  
 Transplantation  
 rezidiert, oder  
 \_\_ nach zwei oder  
 mehr Therapielinien  
 rezidiert ist.

\_\_ Axicabtagen-Cilo- Ja  
 leucel:

Bei rezidiertem oder  
 therapierefraktärem  
 diffus-grosszelligem  
 B-Zell-Lymphom  
 (DLBCL, gemäss  
 WHO-Klassifikation  
 der hämatopoietischen  
 und lymphatischen Ne-  
 oplasien 2008) und primär  
 mediastinalem  
 mediastinalem B-Zell-  
 Lymphom (PMBCL)  
 nach mindestens zwei  
 Therapielinien

In Evaluation.

Kostenübernahme nur auf vorgängige beson-  
 dere Gutsprache des Versicherers, der die Emp-  
 fehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrau-  
 ensärztin berücksichtigt.

1.1.2020  
 bis  
 31.12.2022

## 9 Radiologie

### 9.2 Andere bildgebende Verfahren

...

Positron-Emissions- Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administ- rativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 <sup>5</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklear- medizin (SGNM) erfüllen. a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen: 1. in der Kardiologie: - präoperativ vor einer Herztransplan- tation, - bei Verdacht auf kardiale Sarkoidose als Zweitlinien-Diagnostik und zum Therapiemonitoring,	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/
---	----	---	---

<sup>5</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– bei Verdacht auf eine Infektion von kardiologischen Implantaten;	1.1.2016/ 1.7.2018/
		2. in der Onkologie:	1.1.2019/
		– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011 <sup>6</sup> zu FDG-PET-;	1.3.2019
		3. in der Neurologie:	
		– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,	
		– zur Abklärung von Demenz:	
		als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Fachärzte und <del>-ärztinnen</del> <u>Fachärztinnen</u> für Geriatrie, Psychiatrie und 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; <del>keine vorausgegangene sowie keiner vorausgegangenen</del> Untersuchung mit PET oder SPECT- ( <i>Single Photon Emission Computed Tomography</i> ).	
		4. in der <u>Allgemeinen</u> Inneren Medizin/ <del>o-</del> <u>der</u> Infektiologie:	
		– bei Fieber unbekannter Ursache, nach inkomklusiver internistischer und infektiologischer Abklärung und Bildgebung inkl. MRI und/ <del>oder</del> CT, auf Anordnung durch Fachärzte und <del>-ärztinnen</del> <u>Fachärztinnen</u> für <u>Allgemeine</u> Innere Medizin, <u>Infektiologie</u> , Rheumatologie, <u>Allergologie und klinische Immunologie</u> <del>und Infektiologie</del> ;	
		– bei Verdacht auf eine Infektion von vaskulären Grafts,	
		– bei alveolärer Echinokokkose im Hinblick auf mögliches Absetzen der medikamentösen Therapie;	
		5. In Evaluation:	1.7.2014/
		Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.	1.1.2018/ 1.1.2019/ <u>1.1.2020</u> bis <u>31.12.2020</u>
		b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation:	1.7.2013

<sup>6</sup> Die Richtlinien sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämie.	
		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  In Evaluation: Zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus nach negativer oder inkonklusiver konventioneller Bildgebung (Sestamibi-Szintigraphie bzw. -SPECT/CT).	1.7.2014/ 1.1.2018 1.1.2019  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- <del>Tracer</del> , 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 <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 18F-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

...



Anhang 1a  
(Art. 3c)

## Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen

Ziff. 1

### I. Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

#### 1. Krampfaderoperationen der unteren Extremität

Die mit \* markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie einseitig erfolgen.

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020<sup>7</sup>

---

*Ligatur und Stripping von Varizen:*

38.50 Ligatur und Stripping von Varizen, Lokalisation nicht näher bezeichnet

*Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität:*

38.59.00 Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet

38.59.10 Ligatur, Exzision und Stripping von Varizen und Vv. perforantes der unteren Extremität (als selbstständiger Eingriff)

38.59.20\* Crossektomie und Stripping von Varizen der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet

38.59.21\* Crossektomie und Stripping, V. saphena magna

38.59.22\* Crossektomie und Stripping, V. saphena parva

38.59.30\* (Isolierte) Crossektomie, nicht näher bezeichnet

38.59.31\* (Isolierte) Crossektomie, V. saphena magna

38.59.32\* (Isolierte) Crossektomie, V. saphena parva

38.59.40 Lokale Lasertherapie von Varizen

38.59.50 Endoluminale Therapie von Varizen

38.59.51 Endovenöse Lasertherapie von Varizen (EVLT)

38.59.52 Endovenöse Radiofrequenzablation von Varizen

38.59.59 Endoluminale Therapie von Varizen, sonstige

38.59.99 Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität, sonstige

<sup>7</sup> Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), Version 2020, ist abrufbar unter: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung.

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020<sup>7</sup>

---

*Sonstige Exzision von Gefässen:*

38.69 Sonstige Exzision von Venen der unteren Extremität

---

## 2. Eingriffe an Hämorrhoiden

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020

---

*Eingriffe an Hämorrhoiden:*

49.40 Eingriffe an Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet  
49.41 Reposition von Hämorrhoiden  
49.42 Injektion in Hämorrhoiden  
49.43 Kauterisierung von Hämorrhoiden  
49.44 Destruktion von Hämorrhoiden durch Kryotherapie  
49.45 Ligatur von Hämorrhoiden

*Exzision von Hämorrhoiden:*

49.46.00 Exzision von Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet  
49.46.10 Exzision von Hämorrhoiden, Stapler-Hämorrhoidopexie  
49.46.11 Exzision von Hämorrhoiden, Ligatur einer A. haemorrhoidalis  
49.46.12 Exzision von Hämorrhoiden mit plastischer Rekonstruktion  
49.46.99 Exzision von Hämorrhoiden, sonstige  
49.47 Evakuierung thrombosierter Hämorrhoiden  
49.49 Eingriffe an Hämorrhoiden, sonstige

## 3. Einseitige Hernienoperationen

Folgende elektiven Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn:

- a. sie eine einzige Körperseite betreffen;
- b. es sich nicht um eine Rezidivoperation handelt.

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020

---

*Operation einer Inguinalhernie:*

53.00 Operation einer Inguinalhernie, nicht näher bezeichnet

---

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020

---

*Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch:*

- 53.06.11 Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
- 53.06.21 Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, mit Implantation von Membranen und Netzen

*Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch:*

- 53.07.11 Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen
- 53.07.21 Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen
- 53.09 Operation einer Inguinalhernie, sonstige
- 

#### **4. Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter**

Die mit ° markierten Eingriffe sind nur dann grundsätzlich ambulant durchzuführen, wenn sie nicht im Anschluss an eine Geburt stattfinden.

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020

---

*Operationen an der Cervix uteri:*

- 67.0 Dilatation des Zervixkanals

*Diagnostische Massnahmen an der Zervix:*

- 67.11 Endozervikale Biopsie
- 67.12 Sonstige zervikale Biopsie
- 67.19 Sonstige diagnostische Massnahmen an der Zervix
- 67.2 Konisation der Zervix

*Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix:*

- 67.31 Marsupialisation einer Zervixzyste
- 67.32 Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kauterisation
- 67.33 Destruktion einer Läsion an der Zervix durch Kryochirurgie
- 67.34 Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Elektrokoagulation
- 67.35 Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix durch Laserkoagulation
- 67.39 Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe an der Zervix

*Diagnostische Massnahmen an Uterus und uterinem Halteapparat:*

- 68.11 Digitale Untersuchung des Uterus

*Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat:*

- 68.12.00 Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, ~~n.n.be-~~  
~~z~~~~n~~~~i~~~~c~~~~h~~~~t~~~~n~~~~ä~~~~h~~~~e~~~~r~~~~b~~~~e~~~~z~~~~e~~~~i~~~~c~~~~h~~~~n~~~~e~~~~t~~~~.~~

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
68.12.10	Hysteroskopie, nicht näher bezeichnet
68.12.11	Diagnostische Hysteroskopie
68.12.12	Diagnostische Hysterosalpingoskopie
68.12.19	Hysteroskopie, sonstige
68.12.99	Diagnostische Endoskopie an Uterus und uterinem Halteapparat, sonstige
68.15	Geschlossene Biopsie an den uterinen Ligamenten
68.16	Geschlossene Biopsie am Uterus
<i>Sonstige Operationen an Uterus und uterinem Halteapparat, Dilatation und Curettage am Uterus:</i>	
69.02°	Dilatation und Curettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.09	Sonstige Dilatation und Curettage
<i>Aspirationscurettage am Uterus:</i>	
69.52°	Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort
69.59	Aspirationscurettage am Uterus, sonstige

## 5. Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus

Kode gemäss CHOP, Version 2020	Bezeichnung
<i>Arthroskopie des Knies:</i>	
80.26.00	Arthroskopie des Knies, nicht näher bezeichnet
80.26.10	Diagnostische Arthroskopie des Knies
80.26.99	Arthroskopie des Knies, sonstige
<i>Menispektomie am Knie:</i>	
80.6X.00	Menispektomie am Knie, nicht näher bezeichnet
80.6X.10	Menispektomie am Knie, arthroskopisch, partiell
80.6X.11	Menispektomie am Knie, arthroskopisch, total
80.6X.99	Menispektomie am Knie, sonstige
<i>Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenkkläsion am Knie:</i>	
80.86.11	Débridement am Kniegelenk
80.86.13	Exzision eines Meniskusganglions am Kniegelenk

## 6. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

---

Kode gemäss CHOP, Bezeichnung  
Version 2020

---

*Tonsillotomie, Adenoidektomie:*

28.2X.10	Partielle Resektion der Tonsille [Tonsillotomie] ohne Adenoidektomie
28.6	Adenoidektomie ohne Tonsillektomie

---

nicht rechtsverbindliche Version

nicht rechtsverbindliche Version