

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

**Änderung vom 3. Juli 2006**

---

*Das Eidgenössische Departement des Innern  
verordnet:*

I

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

**Art. 2** Grundsatz

<sup>1</sup> Die Versicherung übernimmt die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

<sup>2</sup> Unter Psychotherapie wird eine Form der Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verstanden, die vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht und auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut. Sie beinhaltet die systematische Reflexion und kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung, zeichnet sich durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen aus und strebt mittels lehrbarer Techniken ein definiertes therapeutisches Ziel an.

**Art. 3** Kostenübernahme

Die Versicherung übernimmt die Kosten für höchstens zehn Abklärungs- und Therapiesitzungen. Die Artikel 3a und 3b bleiben vorbehalten.

**Art. 3a** Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach zehn Sitzungen

<sup>1</sup> Erfordert die Psychotherapie voraussichtlich mehr als zehn Sitzungen, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin nach sechs Sitzungen, in begründeten Ausnahmefällen spätestens nach neun Sitzungen, eine Meldung über die begonnene Behandlung einzureichen. Die

<sup>1</sup> SR 832.112.31

Meldung muss über die Art der Erkrankung, über das Ziel und den Zweck der Behandlung sowie über die voraussichtliche Dauer der Behandlung Auskunft geben.

<sup>2</sup> Kommt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin auf Grund der Meldung zum Schluss, dass die Behandlung fortgesetzt werden soll, so schlägt er oder sie dem Versicherer vor, die Kosten für höchstens 30 weitere Sitzungen zu übernehmen.

<sup>3</sup> Der Versicherer teilt der versicherten Person mit Kopie an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin innerhalb von 15 Tagen nach Empfang der Meldung mit, ob und in welchem Umfang die Kosten für die Psychotherapie weiter übernommen werden.

**Art. 3b** Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen

<sup>1</sup> Soll die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

<sup>2</sup> Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Psychotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll.

<sup>3</sup> Bei Fortsetzung der Therapie hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin wenigstens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie zu berichten.

**Art. 3c** Inhalt der Meldungen und Berichte

Die Meldungen und Berichte an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin nach den Artikeln 3a und 3b dürfen nur Angaben enthalten, die zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers nötig sind.

**Art. 3d** Wissenschaftliche Untersuchung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern und Leistungserbringern eine wissenschaftliche Untersuchung über die Umsetzung und Wirkung der Regelung nach den Artikeln 3a und 3b durch. Es kann für die Durchführung der Untersuchung wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

Art. 12 Bst. f, g, h, k Ziff. 2, m, t und x

Die Versicherung übernimmt neben den Kosten für die Diagnose und die Behandlung auch die Kosten der folgenden Massnahmen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG<sup>2</sup>):

Massnahme	Voraussetzung
f. Impfung und Booster gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis; Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre sowie bei nicht immunen Erwachsenen, gemäss <b>dem «Schweizerischen Impfplan»</b> des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) <sup>3</sup> .
g. Booster-Impfung gegen Tetanus und Diphtherie	Bei Personen über 16 Jahren gemäss <b>dem «Schweizerischen Impfplan»</b> des BAG und der EKIF <sup>4</sup> .
h. Haemophilus-Influenzae-Impfung	Bei Kleinkindern bis zum Alter von fünf Jahren gemäss <b>dem «Schweizerischen Impfplan»</b> des BAG und der EKIF <sup>5</sup> .
k. Hepatitis-B-Impfung	2. Impfung nach den Empfehlungen des BAG und der EKIF von 1997 (Beilage zum Bulletin des BAG 5/98 und Ergänzung des Bulletins 36/98) gemäss <b>dem «Schweizerischen Impfplan»</b> des BAG und der EKIF <sup>6</sup> .

Ziffer 2 gilt bis zum 31. Dezember 2006.

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>4</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>5</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>6</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

Massnahme	Voraussetzung
m. Pneumokokken-Impfung	<p>1. Mit Polysaccharid-Impfstoff: Erwachsene und Kinder ab zwei Jahren mit schweren chronischen Krankheiten, Immunsuppression, Diabetes mellitus, zerebraler Liquorfistel, funktioneller oder anatomischer Splenektomie, Cochlea-Implantat oder Schädel-Basis-Missbildung oder vor einer Splenektomie oder dem Einlegen eines Cochleaimplantats, <b>gemäss dem «Schweizerischen Impfplan» des BAG und der EKIF<sup>7</sup>.</b></p> <p>2. Mit Konjugat-Impfstoff: Kinder <b>unter zwei Jahren und Kinder mit chronischer Vorerkrankung unter fünf Jahren gemäss dem «Schweizerischen Impfplan» des BAG und der EKIF<sup>8</sup>.</b></p>
t. Meningokokken-Impfung	<b>Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan» des BAG und der EKIF<sup>9</sup>.</b>
x. Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	<p><b>Gemäss dem «Schweizerischen Impfplan» des BAG und der EKIF<sup>10</sup> und den Empfehlungen des BAG und der EKIF vom März 2006 (BAG-Bulletin Nr. 13, 2006).</b></p> <p>Bei beruflicher Indikation ist die Impfung vom Arbeitgeber zu bezahlen.</p>

## II

Der Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.

<sup>7</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>8</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>9</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

<sup>10</sup> Supplementum VIII (Ordner «Infektionskrankheiten – Diagnose und Bekämpfung»). Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006

## III

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 3. Juli 2006*

<sup>1</sup> Für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. September 2006 erfolgt die Kostenübernahme für die Positron-Emissions-Tomographie (PET) gemäss Anhang 1 Ziffer 9.2 der Fassung vom 9. November 2005<sup>11</sup>.

<sup>2</sup> Für psychotherapeutische Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Änderung begonnen wurden, werden die Artikel 2 und 3 der Fassung vom 29. September 1995<sup>12</sup> angewendet.

## IV

<sup>1</sup> Diese Änderung tritt unter Vorbehalt der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2007 in Kraft.

<sup>2</sup> Artikel 12 und Anhang 1 treten am 1. August 2006 in Kraft.

<sup>3</sup> Absatz 1 der Übergangsbestimmungen tritt rückwirkend auf den 1. Juli 2006 in Kraft.

<sup>4</sup> Die Artikel 3 - 3d gelten bis zum 31. Dezember 2010.

3. Juli 2006

Eidgenössisches Departement des Innern:  
Pascal Couchepin

<sup>11</sup> AS 2006 23

<sup>12</sup> AS 1995 4964



Anhang I  
(Ziff. II)

## Ziff. 1, 2 und 9

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
<b>1 Chirurgie</b>			
...			
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
...			
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL), Nierenstein- zertrümmerung	Ja	Indikationen: ESWL eignet sich: a. bei Harnsteinen des Nierenbeckens, b. bei Harnsteinen des Nierenkelches, c. bei Harnsteinen <b>des Ureters</b> , falls die konservative Behandlung jeweils erfolglos geblieben ist und wegen der Lage, der Form und der Grösse des Steines ein Spontanabgang als unwahrscheinlich beurteilt wird. Die mit der speziellen Lagerung des Patienten oder der Patientin verbundenen erhöhten Risiken bei der Narkose erfordern eine besonders kompetente fachliche und apparative Betreuung während der Narkose (spezielle Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Narkosegehilfen und -gehilfinnen und adäquate Über- wachungsgeräte).	22.8.1985/ <b>1.8.2006</b>
...			
<b>2 Innere Medizin</b>			
...			
<i>2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie</i>			
...			
Resektive kurative «Herdchirurgie» der Epilepsie	Ja	Indikation: – Nachweis des Vorliegens einer «Herd- epilepsie» – Schwere Beeinträchtigung des Patienten oder der Patientin durch das Anfalls- leiden – Nachgewiesene Pharmakotherapie- resistenz	1.1.1996/ <b>1.8.2006</b>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		– Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt	
Palliative Chirurgie der Epilepsie durch:	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ <b>1.8.2006</b>
– Balkendurchtrennung		Sofern die Abklärung ergibt, dass eine kurative «Herdchirurgie» nicht indiziert ist und mit einem palliativen Verfahren eine verbesserte Anfallskontrolle und Lebensqualität ermöglicht wird.	
– Selektive Amygdalohippokampektomie			
– Multiple subapiale Operation nach Morell-Whisler		Abklärung und Durchführung an einem Epilepsiezentrum, das über die nötige diagnostische Infrastruktur, insbesondere Elektrophysiologie, MRI, über Neuropsychologie sowie über die chirurgisch-therapeutische Erfahrung und adäquate Nachbehandlungsmöglichkeiten verfügt.	
– Vagusstimulation		Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	
...			

## 9 Radiologie

### 9.1 Röntgendiagnostik

...

Knochenanalytische Methoden:

– Knochenresorptionsmarker	Nein	<b>Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos</b>	1.1.2003/ <b>1.8.2006</b>
– Knochenformationsmarker	Nein	<b>Zur Früherkennung des osteoporotischen Frakturrisikos</b>	1.1.2003/ <b>1.8.2006</b>

...

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
9.2 <i>Andere bildgebende Verfahren</i>			
...			
Positron-Emissions- Tomographie (PET)	Ja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durchführung in Zentren, welche die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) vom 1. Juni 2000 über die Qualitätsvoraussetzungen für PET erfüllen.</li> <li>2. Bei folgenden Indikationen: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– präoperativ vor einer Herztransplantation.</li> </ul> </li> <li>b. in der Onkologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei malignen Lymphomen: <b>Staging bei negativer Knochenmarksbiopsie, Restaging, Rezidivdiagnostik</b></li> <li>– <b>bei nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen: Staging</b></li> <li>– <b>beim malignen Melanom: Staging bei weiterbestehendem Verdacht auf Fernmetastasen nach negativen konventionellen Untersuchungen</b></li> <li>– bei Keimzellentumoren des Mannes: <b>Staging und Restaging</b></li> <li>– beim kolorektalen Karzinom: <b>Staging und Restaging</b></li> <li>– beim Mammakarzinom: <b>Staging bei nicht vorgesehener Axilladissektion, Staging bei weiterbestehendem Verdacht auf Fernmetastasen nach negativen konventionellen Untersuchungen</b></li> <li>– bei gastro-oesophagealen Tumoren: <b>Staging bei weiterbestehendem Verdacht auf Fernmetastasen nach negativen konventionellen Untersuchungen, Rezidivdiagnostik</b></li> <li>– bei HNO-Tumoren: <b>Staging, Rezidivdiagnostik</b></li> <li>– <b>beim Zervixkarzinom: Staging, Rezidivdiagnostik</b></li> <li>– <b>beim Ovarialkarzinom: Rezidivdiagnostik bei erhöhtem CA-125</b></li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ <b>1.8.2006</b>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– beim Pankreaskarzinom: <b>Primärdiagnostik bei weiter- bestehendem Verdacht nach negativen konventionellen Un- tersuchungen</b></li> <li>– beim Jod-131-negativen Schild- drüsenkarzinom: <b>Restaging und Rezidivdiagnos- tik extrapulmonaler Läsionen.</b></li> </ul>	
		3. Wiederholung einer PET-Untersuchung frühestens nach 60 Tagen	
	<b>Nein</b>	<b>4. Bei folgenden Indikationen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. in der Kardiologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei einem dokumentierten Status nach Infarkt und Verdacht auf «hibernating myocardium» vor einer Intervention (PTCA/CABG)</li> <li>– zum Nachweis oder Ausschluss einer Ischämie bei angiographisch dokumentierter Mehrgefäss- erkrankung oder bei komplexer Koronaranatomie wie z.B. nach einer Revaskularisation, oder bei Verdacht auf Mikrozirkul- lationsstörung.</li> </ul> </li> <li>b. in der Neurologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– präoperativ bei Hirntumoren</li> <li>– präoperativ vor einer aufwendigen Revaskularisationschirurgie bei zerebraler Ischämie</li> <li>– Abklärung von Demenzen bei Personen, die jünger als 80 Jahre sind</li> <li>– bei therapieresistenter fokaler Epi- leptie.</li> </ul> </li> </ul>	<b>1.8.2006</b>
		...	