

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

1.3 Orthopädie, Traumatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Faktenblatt Nr. 2019.147.829.01-1 ²). Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteochondrosis Dissecans im Kniegelenk. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2024 bis 31.12.2025

1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
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/ 1.7.2024 bis 31.12.2024

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST) anerkannten Zentren.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019/

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

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

		<p>Durchführung gemäss in den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» akkreditierten Zentren und 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», 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021³.</p> <p>Eingeschlossen ist die Operation beim Spender oder der Spenderin samt der Behandlung allfälliger Komplikationen sowie die Leistungen nach Artikel 14 Absätze 1 und 2 des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004⁴ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007⁵.</p> <p>Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.</p>	<p>1.1.2022/ 1.7.2024</p>
<p>CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:</p>		<p>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.</p> <p>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 2015, 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021⁶.</p> <p>Alle Fälle müssen in einem Register erfasst werden.</p> <p>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.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024</p>
<p>- Tisagenlecleucel: Bei rezidiviertem oder therapieresistentem diffusgrosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien.</p>	<p>Ja</p>	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2023 bis 31.12.2024</p>

³ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

⁴ SR 810.21

⁵ SR 810.211

⁶ Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:			
<ul style="list-style-type: none"> - refraktär - nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiert, oder - nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiert ist. 			
<p>- Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem folliculärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.</p>	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder therapie-refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoiетischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien</p>	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020/ 1.1.2023 bis 31.12.2024
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem folliculärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie.</p>	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026
<p>- Lisocabtagen Maraleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), high-grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoiетischen und lymphatischen Neoplasien 2016) und primär mediastinalem grosszelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien</p>	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026
<p>- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiertem und refraktärem multiple Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-An-</p>	Ja	In Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026

tikörper, und welche eine Progre- dienz zur letzten Therapie gezeigt haben.			
---	--	--	--

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Protonen-Strahlentherapie	Ja	c) In Evaluation Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, im Rahmen der randomi- siert kontrollierten Studie analog Studienprotokoll RTOG 1308 (Auszug Studienregistrierung vom 24. Mai 2024) ⁷ .	1.4.2020/ 1.7.2024 bis 31.12.2025

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positronen-Emissions-Tomogra- phie (PET/CT, PET/ MR) bei Parkinson-Syndrom mit F-18- Dihydroxyphenylalanin (DOPA)	Ja	Indikationsstellung und Anordnung durch Fachärzte oder Fachärztinnen für Neurologie.	1.7.2024
Positronen-Emissions-Tomogra- phie (PET/CT, PET/ MR) bei Prostatakarzinom mit PSMA- Tracer, z.B. F-18-PSMA	Ja	Bei folgenden Indikationen: – bei high und intermediate risk Prostatakarzinom – bei biochemischem Rezidiv (PSA-Anstieg) – zur Patientenselektion hinsichtlich PSMA-Thera- pie – zur Evaluation des Therapieansprechens unter bzw. nach PSMA-Therapie	1.7.2023/ 1.7.2024
¹⁷⁷ Lu-PSMA-Radioliganden- Therapie beim progressiven, PSMA-positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostata- karzinom (mCRPC)	Ja	In Evaluation Folgende Kriterien gelten kumulativ: – nach Vorbehandlung mit Inhibition des Androgen- rezeptor (AR)-Signalwegs – nach Taxan-basierter Chemotherapie respektive wenn eine Taxan-haltige Chemotherapie nicht in- diziert war – maximal 6 Zyklen, andernfalls nur nach vorgängi- ger besonderer Kostengutsprache des Versiche- rers, die die Einschätzung der Vertrauensärztin bzw. des Vertrauensarztes berücksichtigt.	1.7.2024 bis 31.12.2026

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