

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Liposuktion zur Behandlung von Schmerzen bei Lipödem	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Wenn die mit dem Lipödem verbundenen Schmerzen ungenügend auf intensive und dokumentierte konservative Therapie (konsequente Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainagetherapie) von mindestens 12 Monaten Dauer ansprechen.</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung interdisziplinär durch mindestens zwei der folgenden Fachärzte oder Fachärztinnen für Angiologie, Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Endokrinologie/Diabetologie oder Dermatologie.</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit profundem Wissen mit der Technik der Liposuktion.</p>	<p>1.7.2021/ 1.1.2025 bis 31.12.2025 31.12.2026</p>

1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Fetttransplantation zur postoperativen Rekonstruktion der Mamma	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Als ergänzende Massnahme zur Massnahme «Operative Mammarekonstruktion»</p> <p>Durch Fachärzte und Fachärztinnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.</p> <p>Maximal drei Sitzungen und keine erneuten späteren Behandlungen mit autologer Fetttransplantation</p>	<p>1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024/ 1.7.2024/ 1.1.2025 bis 31.12.2024</p>

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Endoultrasonographisch-gesteuerte Hepatiko- oder Pankreatiko-Gastrostomie (EUS-HGS/PGS)	Ja		1.1.2025
Extrakorporelle Photopherese	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/ 1.1.2020/ 1.1.2022 bis 31.12.2024 31.12.2025

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:		Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex bestehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Apherese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und - Expansion, allfällige lymphodepletierende 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)» 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», 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021 ² . 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/ 1.1.2022/ 1.7.2024
- Tisagenlecleucel: Bei rezidiviertem oder therapieresistentem diffusgrosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) nach mindestens zwei Therapielinien. Bei pädiatrischen und jungen erwachsenen Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mit akuter lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-Zell-ALL), welche:	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/ 1.1.2024/ 1.1.2025 bis 31.12.2025

2

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<p>- refraktär</p> <p>- nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiert, oder</p> <p>- nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiert ist</p>			
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel:</p> <p>Bei rezidiertem oder therapieresistentem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2008) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach mindestens zwei Therapielinien.</p>	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 bis 31.12.2025</p>
<p>- Axicabtagen-Ciloleucel:</p> <p>Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) oder High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL), das auf Erstlinientherapie refraktär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiert.</p>	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2025 bis 31.12.2027</p>
<p>- Lisocabtagen Maraleucel:</p> <p>Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL) oder primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf Erstlinientherapie refraktär oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiert ist.</p>	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2025 bis 31.12.2027</p>
<p>- Brexucabtagen-Autoleucel:</p> <p>Bei Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer akuter lymphoblastischer B-Vorläuferzell-Leukämie (akute lymphoblastische Leukämie, ALL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien</p>	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt</p>	<p>1.1.2025 bis 30.06.2027</p>

9.2 Interventionelle Radiologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien bei symptomatischer benigner Prostatahyperplasie	Ja	In Evaluation Bei Patienten mit moderaten bis ausgeprägten obstruktive Beschwerden (IPSS >8, QoL > 3) bei Prostatahyperplasie > 30-50 ml und mindestens einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> - nach erfolglosem medikamentösem Behandlungsversuch oder Medikamentenunverträglichkeit oder - chronischem Harnverhalt ohne Limite des Prostatavolumens oder - Bedenken hinsichtlich einer retrograden Ejakulation, erektilen Dysfunktion oder Harninkontinenz oder - falls eine Operation wegen Alter, multiplen Komorbiditäten oder Koagulopathien kontraindiziert ist oder - falls eine Operation vom Patienten abgelehnt wird Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2022/ bis 31.12.2024 1.1.2025 bis 31.12.2025

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positronen-Emissions-Tomographie (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-Tomographie (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-Therapie zur Evaluation des Therapieansprechens unter bzw. nach PSMA-Therapie	—1.7.2023/ 1.7.2024
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/MR) ohne Abklärung von Demenz	Ja	Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 1. Juli 2024 1. Juli 2023 ³ . Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 ⁴ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	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/

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
			1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022/ 1.7.2023/ 1.1.2025