

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

Kapitel 1 Chirurgie

1.4. Urologie und Proktologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>An einer anerkannten Institution mit uro-dynamischer Abteilung zur vollständigen urodynamischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test).</p> <p>Nach erfolgloser konservativer Behandlung (inklusive Rehabilitation).</p> <p>Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluations-test (PNE).</p> <p>Als Zweitlinien- oder Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und Erwägung nicht- resp. minimal-invasiver Therapie-Optionen (tibiale / pudendale Nervenstimulation, OnabotulinumtoxinA-Injektionen in den Detrusor)</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 9. April 2020².</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020³ erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist</p>	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

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

		vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>An einer anerkannten Institution mit Manometrier-Abteilung zur vollständigen manometrischen Untersuchung und einer Abteilung für Neuromodulation zur peripheren Nerven-Evaluation (PNE-Test).</p> <p>Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation).</p> <p>Nach einem positiven peripheren Nerven-Evaluationstest (PNE).</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrollen und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 9. April 2020⁴.</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020⁵ erfüllen. Bei Zentren, die von der SSSNM anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSNM nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020

Kapitel 2 Innere Medizin

2.1 Allgemein

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämatopoïetische Stammzell-Transplantation		<p>In den von der Gruppe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST) anerkannten Zentren.</p> <p>Durchführung gemäss den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (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», 7. Ausgabe vom März 2018⁶.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019

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

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

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

		<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 2004⁷ und nach Artikel 12 der Transplantationsverordnung vom 16. März 2007⁸.</p> <p>Ausgeschlossen ist eine Haftung des Versicherers des Empfängers oder der Empfängerin beim allfälligen Tod des Spenders oder der Spenderin.</p>	
...			
Polysomnographie Polygraphie	Ja	<p>Bei dringender Verdachtsdiagnose auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen. <p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019⁹ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SSSSC nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt</p>	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	<p>Bei dringender Verdachtsdiagnose auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltensmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoesyndrom.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/

⁷ SR 810.21

⁸ SR 810.211

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

		<p>Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019¹⁰ 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 erfüllen.</p> <p>Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), 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>	15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019¹¹ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	<p>Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019¹² der SSSSC erfüllen.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020

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

		Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt werden, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019 ¹³ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC anerkannten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Soll die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC anerkannten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
...			
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom oder erythrodermatische Mycosis Fungoides Stadium IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020

2.2 Herz- und Kreislauferkrankungen, Intensivmedizin

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von $\geq 8\%$) aufweisen	Ja	In Evaluation. Bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die nicht operiert werden können oder ein hohes Operationsrisiko aufweisen Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Indikationsstellung und Durchführung Das TAVI-Verfahren muss gemäss den europäischen Richtlinien «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease (version 2012) » vom 26. August 2017 ¹⁴ durchgeführt werden. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten und Spe-	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ bis 30.6.2020/ 1.7.2020

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

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

		<p>zialistinnen angehören: zwei Fachärzte oder Fachärztinnen für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Herzchirurgie und für Anästhesie.</p> <p>4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.</p>	
<p>Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)</p> <p>bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die ein mittleres Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von 4 - 8%) aufweisen</p>	Ja	<p>In Evaluation.</p> <p>Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikationsstellung und Durchführung gemäss den europäischen Richtlinien «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease» vom 26. August 2017¹⁵. 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen. 3. Der Entscheid, ob ein Patient oder eine Patientin für das TAVI-Verfahren zugelassen wird, muss in jedem Fall durch das Herzteam (Heart Team) getroffen werden, dem mindestens folgende Spezialisten und Spezialistinnen angehören: zwei Fachärzte oder Fachärztinnen für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Herzchirurgie und für Anästhesie. 4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten. 	<p>1.7.2020 bis 30.6.2023</p>
<p>Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)</p> <p>bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortenstenose, die ein niedriges Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von < 4%) aufweisen</p>	Nein		<p>1.7.2020</p>

2.3 Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	<p>In Evaluation-Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht-parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkontrolle durch medikamentöse Behandlung</p>	<p>15.7.2015 bis 30.6.2020/ 1.7.2020</p>
	Ja	<p>In Evaluation.</p> <p>Zur Behandlung bei etablierter Diagnose einer idiopathischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, Ungenügende Symptomkontrolle durch Dopamin-</p>	<p>15.7.2015/ 1.7.2020 bis 31.12.2021</p>

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

		Behandlung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyskinesien) Führen eines Evaluationsregisters	
	Ja	In Evaluation. Zur Behandlung bei schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020 bis 31.12.2020
...			
Allgemeinnarkose zur Ermöglichung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen (inkl. zahnmedizinischen Eingriffen)	Ja	Wenn diagnostische und therapeutische Eingriffe wegen einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung ohne Narkose nicht möglich sind.	1.7.2010

2.5 Krebsbehandlung

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei an Krebs erkrankten Jugendlichen und Erwachsenen	Ja	Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. Massnahmen bei der Frau: — Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von befruchteten oder unbefruchteten Eizellen; eine allfällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Versicherung; oder — Resektion, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe; Massnahmen beim Mann: — Kryokonservierung von Spermien; — wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion). Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinaus gehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitäts-erhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.	1.7.2019

Kapitel 3 Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
------------	------------------	-----------------	-----------

<p>Massnahmen zur Erhaltung der Fertilität bei an Krebs erkrankten Personen, die fertilitätsbeeinträchtigende Therapien erhalten</p>	<p>Ja</p>	<p>Bei postpubertären Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegen einer Therapie einer Krebserkrankung ein mittleres oder hohes Risiko (> 20 %) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen, oder - wegen einer nicht-onkologischen Erkrankung eine Stammzelltransplantation erhalten; oder - mit Cyclophosphamid behandelt werden und ein mittleres oder hohes Risiko (> 20%) einer therapiebedingten persistierenden Amenorrhö bei der Frau oder einer Azoospermie beim Mann aufweisen. <p>Massnahmen bei der Frau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entnahme von Eizellen nach ovarieller Stimulation, Kryokonservierung von befruchteten oder unbefruchteten Eizellen; eine allfällige Fertilisierung vor der Kryokonservierung geht nicht zulasten der Versicherung; oder - Resektio, Kryokonservierung und Reimplantation von Ovarialgewebe; <p>Massnahmen beim Mann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kryokonservierung von Spermien; oder? - wenn erforderlich: Hodenbiopsie (testikuläre Spermienextraktion). <p>Kryokonservierung für höchstens 5 Jahre; Verlängerung für zusätzliche 5 Jahre nur bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie. Übernahme einer darüber hinaus gehenden Kryokonservierung von Samen- und unbefruchteten Eizellen bei weiter bestehender Ovarialinsuffizienz bzw. Azoospermie nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung durch multidisziplinäre Zentren, die an einem multizentrischen Qualitätssicherungsprogramm mit Registerführung für fertilitätserhaltende Massnahmen bei Männern und Frauen im fertilen Alter mit einem Krebsleiden teilnehmen oder mit einem solchen Zentrum assoziiert sind.</p>	<p>1.7.2019/ 1.7.2020</p>
--	-----------	---	-------------------------------

Kapitel 5 Dermatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<p>Anwendung von Hautäquivalenten</p>	<p>Ja</p>	<p>Für die Behandlung chronischer Wunden.</p> <p>Mit autologen oder allogenen Hautäquivalenten autologer oder allogener oder nicht-menschlicher Herkunft, die nach den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften zugelassen sind.</p> <p>Indikationsstellung gemäss den «Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden» der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen</p>	<p>1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020</p>

		<p>Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April 2018¹⁶.</p> <p>Durchführung an Zentren, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung anerkannt sind.</p> <p>Soll die Behandlung in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
--	--	--	--

Kapitel 7 Oto-Rhino-Laryngologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Cochlea-Implantat zur Behandlung beidseitiger Taubheit ohne nutzbare Hörreste	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Bei peri- und postlingual-erlaubten Kindern und spät erlaubten Erwachsenen.</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung gemäss den «Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung» der Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (CICH) vom 7. März 2018¹⁷.</p> <p>In folgenden Zentren: Hôpitaux universitaires de Genève, Universitätsspitäler Basel, Bern und Zürich, Kantonsspital Luzern.</p> <p>Das Hörtraining im Zentrum ist als Bestandteil der Therapie zu übernehmen.</p>	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020

Kapitel 9 Radiologie

9.2 Andere bildgebende Verfahren

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positron-Emissions-Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	<p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008¹⁸ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>...</p>	
		d) Mittels 18F-Fluorocholin, nur bei folgenden Indikationen:	1.7.2014/ 1.1.2018/

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

¹⁷ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

		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). ...	1.1.2019/ 1.7.2018 bis 31.12.2020/ 1.7.2020
--	--	--	---

9.3 Interventionelle Radiologie und Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ambulante stereotaktische Radiotherapie (Photonen) der feuchten altersbedingten Makuladegeneration	Ja-Nein	In-Evaluation Wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: ———— Choroidale Neovaskularisation (CNV) mit Aktivitätszeichen wie intraretinale Flüssigkeit oder Blutungen ———— laufende anti-VEGF Therapie über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten und damit Ausschluss einer Unterbehandlung ———— keine Änderung des Aktivitätszustands der CNV trotz intensiver Injektionstherapie und kein erwarteter Rückgang einer notwendigen, hohen Wiederbehandlungsfrequenz für die Zukunft ———— Durchmesser der CNV maximal 4 mm (Zen=trum maximal 3 mm von der Fovea entfernt)	1.1.2018 bis 30.6.2020 / 1.7.2020
...			
Radiochirurgie mit LINAC oder Gamma-Knife	Ja	Bei folgenden Indikationen: – bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm ³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen – bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm ³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist Für die Radiochirurgie mit dem Gamma-Knife ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2011/ 1.7.2020
Radiochirurgie mit Gamma-Knife	Nein	———— bei Hirnmetastasen mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn nicht mehr als drei Metastasen vorliegen und das Grundleiden unter Kontrolle ist (keine systemischen Metastasen nachweisbar), zur Beseitigung nicht anders behandelbarer Schmerzen ———— bei primären malignen Hirntumoren mit einem Volumen von maximal 25 cm³ bzw. einem Durchmesser von maximal 3,5 cm, wenn der Tumor aufgrund der Lokalisation nicht operabel ist	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
...			