

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

2. 1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Extrakorporelle Photopherese	Ja	Beim kutanen T-Zell-Lymphom (Sézary-Syndrom oder erythrodermatische Mycosis Fungoides Stadium IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020
	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 1.1.2020/ 1.1.2022 bis 31.12.2024
Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: - endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien - endovaskuläre Embolisationstherapie der penisabführenden Venen	Ja	In Evaluation Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Nichtansprechen auf eine Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Hemmern oder wenn diese kontraindiziert ist. - nach vorgängigem Ausschluss urologischer und hormoneller Ursachen - bei hämodynamisch (Duplexsonographie unter intracavernös injiziertem Prostaglandin) und bildgebend (Computertomographie oder Katheterangiographie) nachgewiesener und dokumentierter vaskulärer Ursache der erektilen Dysfunktion - Abklärung und Durchführung durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Angiologie mit Fähigkeitsprogramm Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe in der Angiologie (USGG, Programm vom 1. Januar 2001, revidiert	1.1.2022 bis 31.12.2025

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

		<p>am 13. Januar 2004²⁾) oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie.</p> <p>- vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlung</p> <p>Teilnahme am Evaluationsregister «SwissPOWER»</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.</p>	
...			

2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Sauerstoff-Insufflation	Nein		27.6.1968
...			

2.3 Neurologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subtha- lamus	Ja	Zur Behandlung bei etablierter Diagnose eines nicht- parkinsonschen Tremors, Progredienz der Symptome über mindestens 2 Jahre, ungenügende Symptomkon- trolle durch medikamentöse Behandlung.	15.7.2015/ 1.7.2020
	Ja	In-Evaluation. Zur Behandlung bei etablierter Diagnose einer idiopa- thischen parkinsonschen Krankheit, Progredienz der Krankheitssymptome über mindestens 2 Jahre, Unge- nügende Symptomkontrolle durch Dopamin-Behand- lung (Off-Phänomen, On-/Off-Fluktuationen, On-Dyski- nesien) Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2022 bis 31.12.2021
	Ja	In Evaluation. Zur Behandlung bei schweren chronischen therapiere- sistenten neuropathischen Schmerzen. Führen eines Evaluationsregisters	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 bis 31.12.2025
...			

2.5 Onkologie und Hämatologie

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 2018 8. Ausgabe vom Mai 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>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019/ 1.1.2022
...			
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:	Ja	<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. 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, oder 7. Ausgabe vom März 2018 oder 8. Ausgabe vom Mai 2021.</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>	1.1.2020/ 1.1.2022
...			

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

⁴ SR 810.21

⁵ SR 810.211

5 Dermatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
... Anwendung von Hautäquivalenten Hautersatzverfahren ...	Ja	<p>Für die Behandlung chronischer Wunden.</p> <p>Mit Hautäquivalenten Hautersatzverfahren 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 Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW) vom 1. April6-2018 2021.</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>	1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020/ 1.1.2022

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Protonen-Strahlentherapie		<p>Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
...	Ja	a) Bei intraokulären Melanomen	28.8.1986/ 1.1.1993
	Ja	<p>b) Wenn aufgrund von enger Nachbarschaft zu strahlenempfindlichen Organen oder aufgrund von besonderem Schutzbedarf des kindlichen oder jugendlichen Organismus keine ausreichende Photonenbestrahlung möglich ist.</p> <p>Bei folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tumore im Bereich des Schädels (Chordome, Chondrosarkome, Plattenepithelkarzinome, Adeno- 	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		und adenozytische Karzinome, Lymphoepitheliome, Mucoepidermoidkarzinome, Esthesioneuroblastome, Weichteil- und Knochensarkome, undifferenzierte Karzinome, seltene Tumore wie z.B. Paragangliome) <ul style="list-style-type: none"> - Tumore des Hirns und der Hirnhäute (Gliome Grad 1 und 2, Meningiome) - Tumore ausserhalb des Schädels im Bereich der Wirbelsäule, des Körperstamms und der Extremitäten (Weichteil- und Knochensarkome) - Tumore bei Kindern und Jugendlichen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
	Ja	c) In Evaluation bei folgender Indikation: Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, im Rahmen der randomisiert kontrollierten Studie RTOG 1308. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.4.2020 bis 31.12.2025
	Ja	d) In Evaluation Bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (≥ T2 oder N+, M0), im Rahmen der randomisiert kontrollierten PROTECT-Studie. Für die Indikation Ösophaguskarzinom ist eine indikationsspezifische Pauschale zu vereinbaren.	1.1.2022 bis 31.12.2026
...			
Regionäre Tiefenhyperthermie zwecks Tumortherapie in Kombination mit externer Strahlentherapie oder Brachytherapie	Ja	Die Behandlungen erfolgen im Rahmen einer Klinik, die dem <i>Swiss Hyperthermia Network</i> angeschlossen ist. Indikationsstellung durch dessen <i>Tumorboard</i> . Bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Cervix-Karzinom, bei Kontraindikation für Chemotherapie oder lokal vorbestrahlt — Pankreas Karzinom, lokal fortgeschrittener, primär inoperabler Tumor - Schmerzhaftes Knochenmetastasen der Wirbelsäule und des Beckens, Herdtiefe > 5 cm 	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021/ 1.1.2022
	Ja	In Evaluation, bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - Weichteil-Sarkom (Funktionserhalt), bei Kontraindikation für Chemotherapie - Tumor-Lokalrezidive mit Kompressionssymptomatik in palliativer Situation, Herdtiefe > 5 cm 	1.1.2017/ 1.1.2019 1.7.2021 bis 30.6.2023

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR) ohne Abklärung von Demenz	Ja	<p>Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 9. Februar 2021⁷.</p> <p>Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen.</p> <p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021⁸ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p>	<p>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/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022</p>
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR) zur Abklärung von Demenz	Ja	<p>Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen.</p> <p>Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021⁹ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.</p> <p>a) Mittels 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG): als weiterführender Untersuchung in unklaren Fällen, nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie; bei einem Mini-Mental-Status Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren;</p> <p>Kostenübernahme für Untersuchungen ab dem 81. Altersjahr und für sequentielle Untersuchungen mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>b) Mittels markiertem Amyloid-Tracer: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach inkonklusiver Liquordiagnostik oder wenn eine Lumbalpunktion nicht möglich oder kontraindiziert ist,</p>	<p>1.1.2001/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.4.2020/ 1.1.2022</p>

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

⁸ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		nach interdisziplinärer Vorabklärung und nach Verordnung durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder 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; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).	
...			

10 Komplementärmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Ozon- Injektions -Therapie (alle Anwendungen)	Nein		13.5.1976/ 1.1.2022
Oxyvenierungstherapie (intravenöse Gabe von Sauerstoff, Synonyme: Sauerstofftherapie nach Regelsberger, Sauerstoff-In- sufflation, Sauerstoff-Infusions- Therapie, Komplexe intravenöse Sauer- stofftherapie)	Nein		27.6.1968/ 1.1.2022
Sauerstoff-Mehrschritttherapie nach von Ardenne (alle Varianten und Prozesse inkl. Oxicur-Sauerstoff-Kur, Oxicur-Sau- erstoff-Mehrschritt-Aktivierung, Sauerstoff-Vitalkur)	Nein		1.1.2022
...			