

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

1 Chirurgie

1.4 Chirurgie der Wirbelsäule

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Zement-Augmentation (Vertebroplastie, Kyphoplastie) zur Therapie von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen	Ja	<p>Frische schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen, die nicht auf eine Behandlung mit Analgetika ansprechen und eine Deformität aufweisen, die korrigiert werden muss.</p> <p>Indikationsstellung gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie vom 23. September 2004.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch einen qualifizierten Chirurgen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Bei osteoporotischer Wirbelkörperfraktur, wenn eine konservative Schmerztherapie keine für eine Mobilisierung ausreichende Schmerzlinderung ergibt oder zu erwarten ist, gemäss der Leitlinie «Chirurgische Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen» der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022</p>

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 8. September 2021.²</p> <p>Interdisziplinäre Indikationsstellung durch ein «Spine Board», bestehend aus einem Facharzt / -ärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)³ und mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder Rheumatologie oder Endokrinologie. Die Besprechung und Indikationsstellung muss dokumentiert sein.</p> <p>Durchführung an einem Zentrum, an welchem mindestens ein Facharzt / eine Fachärztin für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021)⁴ tätig ist.</p>	
...			
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation: Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule. Eine 3-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Degeneration von maximal zwei Segmenten - keine primäre segmentale Kyphose - Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁵). einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist , so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule.</p> <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degeneration von maximal zwei Segmenten – keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁶), einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁷), einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022

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

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	
<p>Posteriore pedikelschraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule</p>	<p>Ja</p>	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spinalstenose mit oder ohne degenerative Spondylolisthesis, auf maximal zwei Etagen; bei mehr als zwei Etagen ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers erforderlich, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. – Bandscheibendegeneration auf maximal zwei Etagen, evtl. mit einer Facettenarthrose <p>Eine 6-monatige konservative Therapie war erfolglos. Ausnahmen sind Patienten und Patientinnen mit degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, die auch unter stationären Therapiebedingungen an nicht beherrschbaren Schmerzzuständen leiden oder bei denen trotz konservativer Therapie progrediente neurologische Ausfälle auftreten.</p> <p>Durchführung der Operation nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurochirurgie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt Wirbelsäulen Chirurgie (SGNC und SO, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2021⁸). einen qualifizierten Chirurgen oder eine qualifizierte Chirurgin. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie oder die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannten Chirurgen und Chirurginen wird davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind.</p> <p>Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt nicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Spinale Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>

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

1.5 Urologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung von Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen	Ja	<p>Als Zweitlinien- oder Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und</p> <p>Erwägung Einbezug nicht- resp. minimal-invasiver Therapie-Optionen (tibiale / pudendale Nervenstimulation, Onabotulinumtoxin A-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 2020 30. September 2021⁹.</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch unter der Verantwortung von Fachärztinnen und Fachärzten für Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 19. Oktober 2017¹⁰) erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020 30. September 2021¹¹ 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>	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022
Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz	Ja	<p>Nach erfolgloser konservativer und/oder chirurgischer Behandlung (inklusive Rehabilitation).</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Nachkontrolle und Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien Sakrale Neuromodulation der «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» vom 9. April 2020 30. September 2021¹².</p> <p>Die Indikationsstellung sowie Eingriffe (Implantation der Elektroden und des Neuromodulators) dürfen ausschliesslich durch unter der Verantwortung von Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2020¹⁴) oder Fachärztinnen und Fachärzten</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022

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

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>für Chirurgie mit Diplom «EBSQ Coloproctology» erfolgen.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals die Richtlinien der SSSNM vom 9. April 2020 30. September 2021¹³ 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>	
...			

2 Innere Medizin

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Behandlung der Adipositas	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - bei Übergewicht von 20 Prozent oder mehr (Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30 kg/m²) - bei Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m²) und konkomittierender Krankheit-Folgeerkrankung, welche durch die Gewichtsreduktion günstig beeinflusst werden kann 	7.3.1974/ 1.7.2022
...			
<p>Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien - endovaskuläre Embolisations-therapie der penisabführenden Venen 	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nichtansprechen auf eine Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Hemmern vasoaktive Substanzen oder wenn diese kontraindiziert sind. - 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 einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm «Interventionelle Angiologie (SGA)» vom 1. Januar 2022¹⁴ Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und thera- 	1.1.2022/ 1.7.2022 bis 31.12.2025

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

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

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>peutische Eingriffe in der Angiologie (USGG, Programm vom 1. Januar 2001, revidiert am 13. Januar 2004 oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Gefässchirurgie mit Erfahrung mit endovaskulären Techniken.</p> <p>- vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze</p> <p>Teilnahme am Evaluationsregister «SwissPOWER»</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
<p>CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:</p>	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, 7. Ausgabe vom März 2018 oder 8. Ausgabe vom Mai 2021.</p> <p>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.</p>	1.1.2020/ 1.1.2022

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem 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-ZellLeukämie (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. 	Ja	In Evaluation. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020 bis 31.12.2022
Axicabtagen-Ciloleucel: 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.	Ja	In Evaluation. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2020 bis 31.12.2022
Brexucabtagene Autoleucel: Bei Erwachsenen mit refraktärem oder rezidiertem Mantelzell-Lymphom nach mindestens zwei Therapielinien, darunter ein Bruton Tyrosine Kinase Inhibitor.	Ja	In Evaluation. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.7.2022 bis 1.7.2027

Kapitel 6 Ophthalmologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
UV-Crosslinking der Hornhaut bei progressivem Keratokonus (CXL)	Nein Ja	Indikationsstellung und Durchführung durch Fachärztinnen und Fachärzten für Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019 ¹⁵).	1.8.2008/ 1.7.2022

Kapitel 7 Oto-Rhino-Laryngologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Cochlea-Implantat	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</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 2018¹⁶.</p> <p>In folgenden Zentren: Hôpitaux universitaires de Genève, Universitätsspitaler 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/ 1.7.2022

9 Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie und Nuklearmedizin**9.2 Interventionelle Radiologie**

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien bei symptomatischer benigner Prostatahyperplasie	Ja	<p>In Evaluation.</p> <p>Bei Patienten mit moderaten bis ausgeprägten obstruktive Beschwerden (IPSS >8, QoL > 3) bei Prostatahyperplasie > 30-50 ml und</p> <p>mindestens einem der nachfolgenden Kriterien:</p> <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 <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.7.2022 bis 31.12.2024
...			

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Protonen-Strahlentherapie	Ja	Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin be- rücksichtigt.	
...			
Injektion von Polyethylenglykol- Hydrogel	Nein	Als Abstandhalter zwischen Prostata und Rektum bei der Bestrahlung der Prostata	1.7.2012/ 1.7.2014/ 1.7.2022
...			

9.4 Nuklearmedizin

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR) ohne Abklä- rung von Demenz	Ja	Verwendete Radiopharmazeutika, Indikationen und Fragestellungen gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM vom 9. Februar 2021 10. Dezember 2021 ¹⁷ . Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 ¹⁸ 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/ 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
...			

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

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

11 Rehabilitation

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Rehabilitation für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislauf-krankungen oder Diabetes	Ja	<p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Die Rehabilitation bei Hauptdiagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Diabetes erfolgt ambulant. Die kardiale Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eher für eine stationäre Rehabilitation sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – erhöhtes kardiales Risiko – verminderte Leistung des Myokards – Komorbidität (Diabetes mellitus, COPD usw.) <p>Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten.</p> <p>Die Rehabilitation wird in einer ärztlich geleiteten Institution durchgeführt, welche bezüglich Programmablauf, Personal und Infrastruktur den nachfolgenden Vorgaben entspricht:</p> <p>Kardiale Rehabilitation: Anforderungsprofil der Schweizerischen Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie für von der SAKR offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen vom 15. März 2011¹⁹.</p> <p>Rehabilitation bei PAVK: Anforderungsprofil der Schweizerische Gesellschaft für Angiologie vom 5. März 2009²⁰.</p> <p>Rehabilitation bei Diabetes: Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie vom 17. November 2010²¹.</p>	<p>12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013</p>
...			

¹⁹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

²¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref