

## Anhang 1 der KLV

### Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

#### Kapitel 2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hämatopoïetische Stammzell- Transplantation  - autolog	Ja	<del>Im Rahmen von klinischen Studien:</del> <b>In Evaluation.</b> – beim Ewing-Sarkom – bei Weichteilsarkomen – beim Wilms-Tumor	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ <b>1.1.2023</b> bis <b>31.12.2027</b>
- autolog	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenter- studien: – bei Autoimmunerkrankungen ausser systemischer Sklerose, Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Dia- betes Mellitus  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.  Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ <b>1.1.2023</b> bis <b>30.06.2023</b>
- allogene	Ja	In prospektiven kontrollierten klinischen Multizenter- studien: – bei Autoimmunerkrankungen.  Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.  Nach erfolgloser konventioneller Therapie oder bei Progression der Erkrankung.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ <b>1.1.2023</b> bis <b>30.06.2023</b>
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezep- tor) mit/bei:		Die Therapie umfasst den Behandlungskomplex be- stehend aus der Entnahme autologer T-Zellen (Aphe- rese), deren Ex-vivo-Genmodifikation und -Expansion, allfällige lympho-depletierende Vortherapien, Infusion der CAR-T-Zellen sowie Behandlung von allfälligen	1.1.2020/ 1.1.2022

<sup>1</sup> In der Amtlichen Sammlung (AS) mittels Verweispublikation veröffentlicht. Einsehbar unter der Internetadresse des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Ärztliche Leistungen > Anhang 1 der KLV

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		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. 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.	
- 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-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 bis 31.12.2024
- 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/ 1.1.2023 bis 31.12.2024

**Kapitel 9.4 Nuklearmedizin**

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR) zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus	Ja	Mittels Cholin-Derivaten zur präoperativen Lokalisation von Nebenschilddrüsen-Adenomen bei primärem Hyperparathyreoidismus.  Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 <sup>2</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.7.2023
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR)	Ja	Mittels Yttrium-90 nach selektiver intraarterieller Radiotherapie (SIRT).  Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 <sup>3</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen.	1.7.2023
Positron-Emissions-Tomographie (PET/CT, PET/ MR)	Nein	Mittels Yttrium-90 nach Radiosynoviorthese des Kniegelenks	1.1.2023

<sup>2</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>3</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)