|  |  |
| --- | --- |
| **Faktenblatt Nr.** | **2019.147.829.01-1** |
| Anhang Nr. | 1 |
| Version vom  | 10.12.2019 |

**Indikationen und Kontraindikationen für ACT im Kniegelenk**

Bei Antrag auf Kostengutsprache bitte die nachstehende Liste ausfüllen und die erbetenen Anlagen beifügen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indikationen** | **Ja** | **Nein** |
| 01 | Isolierter Knorpelschaden des Kniegelenkes Stadium III-IV der Outerbridge oder der ICRS Klassifikation |       |       |
| 02 | Defektgrösse im MRI oder arthroskopisch beschrieben 2-6 cm2 |       |       |
| 03 | Erhaltene subchondrale Knochenlamelle (Osteochondrale Defekte mit knöchernem Defekt bis 2 mm Tiefe; bei tieferen Defekten ist eine vorherige knöcherne Rekonstruktion erforderlich) |       |       |
| 04 | Intakte umgebende Knorpelstruktur (Knorpelschulter) um den Defekt zur Verankerung der Membran  |       |       |
| 05 | Lokalisation: mediale und laterale Femurkondyle, Trochlea, Patella; |       |       |
| 06 | Intakte korrespondierende Gelenkflächen (Schädigung bis Grad II der Outerbridge-Klassifikation an den korrespondierenden Gelenkflächen erlaubt) |       |       |
| 07 | Freie Beweglichkeit des Gelenkes |       |       |
| 08 | Bandstabilität |       |       |
| 09 | Nur Patienten mit abgeschlossenem Wachstum |       |       |
| 10 | Alter bis 55 Jahre |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontraindikationen** | **Ja** | **Nein** |
| 01 | Mehr als zwei isolierte Defekte oder zwei korrespondierende Defekte |       |       |
| 02 | Defekt an beiden unteren Extremitäten gleichzeitig |       |       |
| 03 | Radiologische Zeichen einer Osteoarthrose (>= Stadium II Kellgren and Lawrence Klassifikation) |       |       |
| 04 | Tief greifende, mehr als 2 mm tiefe knöcherne Läsion |       |       |
| 05 | Vorliegen einer Knieinstabilität, sofern nicht operativ saniert |       |       |
| 06 | Vorliegen einer rheumatoiden, parainfektiösen, metabolischen (zum Beispiel Harnsäure-Arthritis, Pyrophosphat-Arthritis) oder infektiösen Arthritis sowie Zustand nach diesen Erkrankungen |       |       |
| 07 | Hautverletzungen an der zu operierenden Extremität |       |       |
| 08 | Status nach Meniskusresektion (Teilresektion bis einem Drittel der Gesamtfläche ist zulässig) |       |       |
| 09 | Bestehender Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch |       |       |
| 10 | bekannte HIV oder aktive Infektion Hepatitis A, B, C oder Non-A, Non-B |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontraindikationen** | **Ja** | **Nein** |
| 11 | Bekannte akute Infektionskrankheiten, endokrine oder metabolische Erkrankung, Erkrankung des Autoimmunsystems oder Tumorerkrankung, genetische Defektsyndrome wie Turner-Syndrom etc. |       |       |
| 12 | schwere Hypoplasie, Aplasie oder Dysplasie des patellaren Gleitlagers oder der Patella ≥ Grad 2 nach Wiberg |       |       |
| 13 | Abweichungen von der physiologischen Beinachse >5° (ausser Korrektur vor oder während ACT) |       |       |
| 14 | Funktionseinschränkung an der oberen Extremität, die eine Entlastung durch Unterarmgehstöcke verhindert |       |       |
| 15 | Anamnestisch bekannte Gerinnungsstörung oder anamnestisch bekannte eigene oder familiäre Thromboseneigung |       |       |
| 16 | Schwangerschaften oder Stillzeiten |       |       |
| 17 | bekannte Kollagen-Allergien |       |       |
| 18 | Status nach Morbus Sudeck |       |       |
| 19 | Adipositas (Body Mass Index größer 30) |       |       |
| 20 | Knochenmark stimulierende Knorpelregenerationstechniken innerhalb der letzten sechs Monate (z. B.: Mikrofrakturierung, Pridie-Bohrungen, etc.) |       |       |

**Anlagen zum Gesuch:**

1. MRI, das den Knorpelschaden ausweist im Original **und** mit fachradiologischem Befund, der zur Ausdehnung und zur Tiefe des Knorpeldefektes beziehungsweise des osteochondralen Defektes Stellung nimmt.
2. Langbeinaufnahme ap (Orthoradiogramm)
3. Röntgenaufnahmen Kniegelenk in 2 Ebenen und Patella axial, nicht älter als 6 Monate
4. Registrierungsnachweis der Swissmedic für das zur Anwendung kommende Präparat
5. Sofern operiert: Arthroskopie/OP-Bericht und intraoperative Videodokumentation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Antragstellers: | Ort / Datum: | Unterschrift des Antragstellers: |
|       |       |       |