|  |  |
| --- | --- |
| **Faktenblatt Nr.** | **2019.148.T05-1.2.01-1** |
| Anhang Nr. | 1 |
| Version vom  | 10.12.2019 |

**Indikationen und Kontraindikationen für den chirurgischen Meniskusersatz im Kniegelenk**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Vorgesehenes Ersatzmaterial (Trans-/Implantat)** | **Ja** | **Nein** |
| 01 | Leichentransplantat (Allograft) | [ ]  | [ ]  |
| 02 | artifizielles, nicht natürlich vorkommendes Implantat (eine genauere Beschreibung erfolgt durch die beigefügte Dokumentation) | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Indikation (kumulativ zu erfüllen)** | **Ja** | **Nein** |
| 01 | Beschwerden im betroffenen, meniskektomierten Gelenkkompartiment  | [ ]  | [ ]  |
| 02 | aktiver Patient unter 50 Jahren | [ ]  | [ ]  |
| 03 | orthograde Beinachse | [ ]  | [ ]  |
| 04 | bandstabiles Kniegelenk | [ ]  | [ ]  |
| 05 | freie Beweglichkeit des Gelenkes ohne wesentliche degenerative Veränderungen | [ ]  | [ ]  |
| 06 | abgeschlossenes Wachstum | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Kontraindikationen** | **Ja** | **Nein** |
| 01 | Radiologische Zeichen einer Osteoarthrose (≥ Stadium II gemäss Kellgren and Lawrence Klassifikation) | [ ]  | [ ]  |
| 02 | Knorpelschaden des Kniegelenkes ≥ ICRS III, sofern Behandlung nicht Teil des Therapiekonzeptes | [ ]  | [ ]  |
| 03 | pathologische Beinachse, sofern Behandlung nicht Teil des Therapiekonzeptes | [ ]  | [ ]  |
| 04 | Vorliegen einer Knieinstabilität, sofern Behandlung nicht Teil des Therapiekonzeptes | [ ]  | [ ]  |
| 05 | Vorliegen einer rheumatoiden, parainfektiösen, metabolischen (zum Beispiel Harnsäure-Arthritis, Pyrophosphat-Arthritis) oder infektiösen Arthritis sowie Zustand nach diesen Erkrankungen | [ ]  | [ ]  |
| 06 | Hautverletzungen an der zu operierenden Extremität | [ ]  | [ ]  |
| 07 | bestehender Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch | [ ]  | [ ]  |
| 08 | Funktionseinschränkung an der oberen Extremität, die eine Entlastung durch Unterarmgehstöcke verhindert | [ ]  | [ ]  |
| 09 | Anamnestisch bekannte Gerinnungsstörung oder anamnestisch bekannte eigene oder familiäre Thromboseneigung | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Adipositas (Body Mass Index > 30 kg/m2) | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Status nach Complex Regional Pain Syndrome CRPS | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Status nach kompletter Entfernung des Meniskus, falls artifizielles, nicht natürlich vorkommendes Meniskusersatzgewebe Verwendung finden soll (für Leichentransplantate [Allograft] gilt dies nicht) | [ ]  | [ ]  |

Eine wesentliche Verzögerung einer praktisch regelhaft nach Meniskusverlust zu erwartenden Knorpeldegeneration/Arthroseentwicklung durch chirurgisch meniskusersetzende Massnahmen ist bisher nicht überzeugend belegt. Eine Indikation zum chirurgischen Meniskusersatz mit dem Ziel, einer Arthroseentwicklung vorzubeugen, entbehrt der zu fordernden wissenschaftlichen Evidenz und kann somit nicht berücksichtigt werden.

Pathologien des Gelenkknorpels (zirkumskript), der Beinachse und der Bandstabilität des betroffenen Kniegelenks stellen nicht zwingend Kontraindikationen für den chirurgischen Meniskusersatz dar, sofern sie in einem umfassenden Therapiekonzept adressiert werden. Gleichwohl ist die Verhältnismässigkeit einer Belastung des Versicherten durch begleitende chirurgische Interventionen hinsichtlich der realistischen Erwartungen an das unter diesen Umständen zu erreichende Behandlungsergebnis zu beachten und ggf. zu diskutieren.

**Anlagen zum Gesuch:**

1. Konsultationsbericht mit Angaben zu Anamnese und klinischem Befund sowie Diskussion der Indikation
zum chirurgischen Meniskusersatz
2. Kernspintomogramm im Original mit fachradiologischem Befund
3. Röntgen Ganzbeinaufnahme ap (Orthoradiogramm)
4. Röntgenaufnahmen Kniegelenk ap stehend, seitlich und Patella axial, nicht älter als 6 Monate
5. Registrierungsnachweis der Swissmedic für das zur Anwendung kommende Präparat
6. Sofern operiert: Arthroskopie/OP-Bericht und intraoperative Dokumentation (Foto/Video)

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