

Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen

wird wie folgt geändert:

1.1 Chirurgie allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Metabolische Chirurgie	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Der Patient oder die Patientin hat einen schlecht einstellbaren Diabetes Typ II und einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 – 35. Der Diabetes Typ 2 lässt sich durch konservative Massnahmen alleine über eine Dauer von mindestens 12 Monaten nicht suffizient einstellen.</p> <p>Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der «<i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i>» vom 1. Juli 2023² zur operativen Behandlung von Übergewicht.</p> <p>Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, die Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 zu respektieren.</p> <p>Bei Zentren, die von der SMOB nach ihren Richtlinien der SMOB vom 1. Juli 2023 anerkannt sind, wird davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das von der SMOB nicht anerkannt ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	<p>1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.7.2023/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 31.12.2026</p>

1.3 Chirurgie des Bewegungsapparates

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Autologe Chondrozytentransplantation	Ja	<p>In Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Gemäss den Empfehlungen und der Liste der Indikationen und 	<p>1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020/</p>

¹ In der AS nicht veröffentlicht.

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Kontraindikationen der Medizinaltarif-Kommis- sion UVG (MTK) vom 10. Dezember 2019 (Fak- tenblatt Nr. 2019.147.829.01-1³).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung von Knorpelläsionen bei Osteo- chondrosis Dissecans im Kniegelenk. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.</p>	<p>1.1.2021/ 1.7.2024/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 31.12.2027</p>

1.5 Urologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Perkutane Elektroneuromodulation des Tibialnervs mit Nadelelektro- den	Ja	<p>Zur Behandlung der idiopathischen hyperaktiven Blase oder der Stuhlinkontinenz</p> <p>Nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen</p> <p>Indikationsstellung und Durchführung ausschliesslich durch Fachärzte und Fachärztinnen für Urologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2023 4. Januar 2016, revidiert am 16. Februar 2017⁴) (bei hyperaktiver Blase) oder für Gastroenterologie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2024 4. Januar 2020) (bei Stuhlinkontinenz)</p>	<p>1.3.2019/ 1.7.2019/ 1.1.2026</p>

2.1 Innere Medizin allgemein und diverse

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Hyperbare Sauerstofftherapie	Ja	<p>...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dekompressionskrankheit, sofern der Unfallbegriff nicht erfüllt ist. Durchführung im Ausland, wenn der Transport zur nächsten hyperbaren Druckkam- mer innerhalb der Schweiz nicht schnell und scho- nend genug gewährleistet werden kann. In den Zentren Vorgehen gemäss dem «Factsheet Tau- chunfallbehandlung / tauchmedizinische Bera- tungshotline» «Merkblatt für Rettungsdienste» von Divers Alert Network (DAN) und REGA rega vom 6. Juli 2025.⁵ 	<p>1.1.2006/ 1.7.2011/ 1.1.2026</p>

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
Extrakorporelle Photopherese	Ja	In-Evaluation Nach einer Lungentransplantation nur bei Bronchiolitis-obliterans-Syndrom, wenn augmentierte Immunsuppression sowie ein Behandlungsversuch mit Makroliden erfolglos waren. wenn die Erstlinientherapie erfolglos war. Diese umfasst: - einen Behandlungsversuch mit Makroliden und - die Überprüfung und gegebenenfalls Modifikation der Immunsuppression.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022/ bis 31.12.2025 1.1.2026
...			
Endovaskuläre Therapie der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: - endovaskuläre Revaskularisation der peniszuführenden Arterien - endovaskuläre Embolisations-therapie der penisabführenden Venen	Ja	In-Evaluation Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: - Nichtansprechen auf 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 2022 ⁶ oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie mit Erfahrung mit interventionell-radiologischen Techniken oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Gefässchirurgie mit Erfahrung mit endovaskulären Techniken - vorliegende Dokumentation der kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlungsansätze. Teilnahme am Evaluationsregister «SwissPOWER» Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut-sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1.1.2022/ 1.7.2022 bis 31.12.2025 / 1.1.2026

2.2 Kardiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI)		Unter folgenden (kumulativ erfüllten) Voraussetzungen: 1. Die Aortenstenose ist schwergradig und symptomatisch 2. Das TAVI-Verfahren darf nur in Institutionen vorgenommen werden, die vor Ort herzchirurgische Eingriffe durchführen	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020/ 1.7.2023/ 1.1.2026

⁶

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>3. Indikationsstellung in jedem Fall durch das ein von der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) und Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie (SGHC) anerkanntes Herzteam (Heart Team) gemäss Anerkennungskonzept der SGK und SGHC vom 20. Juni 2025 (Version 1.0)¹ dem mindestens folgende Spezialisten und Spezialistinnen angehören: zwei Fachärzte oder Fachärztinnen für Kardiologie, davon eine Person mit Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie und Ausbildung für TAVI-Eingriffe, sowie je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Herzchirurgie und für Anästhesie.</p> <p>Soll der Eingriff in einem Zentrum durchgeführt werden, das über kein von der SGK und SGHC anerkanntes Heart Team verfügt, so ist vorgängig die besondere Kostengutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>4. Alle Zentren, die TAVI-Verfahren durchführen, haben die diesbezüglichen Daten an das SWISS TAVI Registry weiterzuleiten.</p>	
		...	
		...	
	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>bei Patienten und Patientinnen mit schwerer Aortensstenose, die ein niedriges Operationsrisiko (Mortalitätsrisiko gemäss Risikoscore der Society of Thoracic Surgeons bzw. EuroScore II von < 4%) und ein Alter von ≥ 75 Jahren und geeignete femorale Zugangswege aufweisen.</p>	<p>1.7.2020 / 1.7.2023/ bis 31.12.2025 1.1.2026</p>

2.3 Neurologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Fokussierte Ultraschalltherapie im Pallidum, Thalamus und Subthalamus	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Zur Behandlung bei schweren chronischen therapieresistenten neuropathischen Schmerzen.</p> <p>Führen eines Evaluationsregisters</p>	<p>15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 30.6.2026</p>
...			
Motorisch evozierte Potenziale als Gegenstand neurologischer Spezialuntersuchungen	Ja	<p>Diagnostik neurologischer Krankheiten.</p> <p>Durch Ärztinnen und Ärzte mit einer Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroencephalographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 2. März</p>	<p>1.1.1999/ 1.1.2021/ 1.1.2026</p>

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		2023 12. März 2020 ⁷ , oder gemäss Fähigkeitsprogramm Elektroneuromyographie (SGKN) vom 1. Januar 2016, revidiert am 2. März 2023 12. März 2020 ⁸	

2.5 Onkologie und Hämatologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Multigenexpressionstest beim Mammakarzinom	Ja	<p>In Evaluation</p> <p>Indikation:</p> <p>Untersuchung von Tumorgewebe eines primären, invasiven Mammakarzinoms mit folgenden Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Östrogenrezeptorstatus ist positiv. – Der humane, epidermale Wachstumsfaktor-2-Rezeptorstatus ist negativ (HER2-). – Bis zu 3 loko-regionale Lymphknoten sind befallen. – Konventionelle Befunde allein erlauben keine eindeutige Entscheidung bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie. <p>Testvoraussetzungen:</p> <p>Durchführung durch einen Facharzt/eine Fachärztin Pathologie mit Schwerpunkt Molekularpathologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002, revidiert am 6. Juni 2013⁹). Bei Durchführung des labor-technischen Teils in einem ausländischen Labor muss dieses den Voraussetzungen IVDD 98/79/EG¹⁰ oder ISO 15189 /17025¹¹ entsprechen.</p>	<p>1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 30.6.2026</p>
...			
CAR-T-Zell-Therapie (CAR = chimärer Antigen-Rezeptor) mit/bei:		<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.</p> <p>Durchführung in den von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» 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», 6.1. Ausgabe vom Februar 2017, 7. Ausgabe vom März 2018, 8. Ausgabe vom Mai 2021 oder 8.1. Ausgabe vom Dezember 2021¹².</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</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024/ 1.1.2026</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

¹⁰ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹¹ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹² Die Dokumente sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		ist, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	
<ul style="list-style-type: none"> - Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem oder therapie-refraktärem 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: <ul style="list-style-type: none"> – refraktär – nach einer autologen Stammzell-Transplantation rezidiert, oder – nach zwei oder mehr Therapielinien rezidiert ist. 	Ja	<p>In-Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025/ bis 31.12.2025 1.1.2026
<ul style="list-style-type: none"> - Tisagenlecleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie. 	Ja	<p>In-Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.7.2024/ bis 31.12.2026 1.1.2026
<ul style="list-style-type: none"> - Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder therapie-refraktärem 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	<p>In-Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025/ bis 31.12.2025 1.1.2026
<ul style="list-style-type: none"> - Axicabtagen-Ciloleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem follikulärem Lymphom nach drei oder mehr Linien einer systemischen Therapie. 	Ja	<p>In-Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.7.2024/ bis 31.12.2026 1.1.2026
<ul style="list-style-type: none"> - Axicabtagen-Ciloleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) oder High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL), das auf Erstlinientherapie refrak- 	Ja	<p>In-Evaluation</p> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1.1.2025/ bis 31.12.2027 1.1.2026

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
tär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiert.			
- Lisocabtagen Maraleucel: Bei rezidiertem oder refraktärem diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), high-grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL, gemäss WHO-Klassifikation der hämatopoietischen und lymphatischen Neoplasien 2016) und primär mediastinalem grosszelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL) nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2024/ bis 31.12.2026 1.1.2026
- Lisocabtagen Maraleucel: Bei diffus-grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBL) oder primär mediastinalem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf Erstlinientherapie refraktär oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinientherapie rezidiert ist.	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.1.2025/ bis 31.12.2027 1.1.2026
- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiertem und refraktärem multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2024/ bis 31.12.2027 1.1.2026
- Idecabtagen Vicleucel: Bei Erwachsenen mit rezidiertem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor zwei Therapielinien erhalten haben, inklusive einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz unter oder innerhalb von 60 Tagen nach der letzten Therapie gezeigt haben.	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2025/ bis 31.12.2027 1.1.2026
- 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 Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2022/ bis 30.6.2027 1.1.2026

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
- Brexucabtagen-Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidivier- ter oder refraktärer akuter lym- phoblastischer B-Vorläuferzell- Leukämie (akute lymphoblasti- sche Leukämie, ALL) nach zwei oder mehr systemischen Thera- pielinien	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt	1.1.2025/ bis 30.06.2027 1.1.2026
- Ciltacabtagen Autoleucel: Bei Erwachsenen mit rezidivier- tem und refraktärem Multiplem Myelom, die zuvor mindestens drei Therapielinien mit mindes- tens einem Proteasom-Inhibitor, einem immunmodulatorischen Wirkstoff und einem Anti-CD38- Antikörper erhalten haben, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.	Ja	In-Evaluation Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2025/ bis 31.12.2027 1.1.2026

9.2 Interventionelle Radiologie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Embolisation der Prostata-Arterien bei symptomatischer benigner Prostatahyperplasie	Ja	In Evaluation Bei Patienten mit moderaten bis ausgeprägten ob- struktive Beschwerden (IPSS >8, QoL > 3) bei Prosta- tahyperplasie > 30-50 ml und mindestens einem der nachfolgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> - nach erfolglosem medikamentösem Behandlungs- versuch oder Medikamentenunverträglichkeit oder - chronischem Harnverhalt ohne Limite des Prosta- tavolumens oder - Bedenken hinsichtlich einer retrograden Ejakula- tion, erektilen Dysfunktion oder Harninkontinenz oder - falls eine Operation wegen Alter, multiplen Komorbiditäten oder Koagulopathien kontraindi- ziert ist oder - falls eine Operation vom Patienten abgelehnt wird Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	1.7.2022/ 1.1.2025/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 30.6.2026

9.3 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Protonen-Strahlentherapie		Durchführung am Paul-Scherrer-Institut Villigen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gut- sprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berück- sichtigt.	
		...	
		c) In Evaluation Bei nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) UICC-Stadien IIB und IIIA/B, analog Studienprotokoll RTOG 1308 (Auszug Studienregistrierung vom 24. Mai 2024) ¹³ .	1.4.2020/ 1.7.2024/ 1.1.2026 bis 31.12.2025 30.6.2028

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 1. Oktober 2025 1. Juli 2024 ¹⁴ . Die verwendeten Radiopharmazeutika müssen über eine gültige Zulassung verfügen. Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 1. März 2021 ¹⁵ 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/ 1.7.2023/ 1.1.2025/ 1.1.2026

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

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

¹⁵ Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref