



Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 2. Juni 2017

*Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:*

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995¹ wird wie folgt geändert:

Ersatz von Ausdrücken

Im ganzen Erlass wird «Impfplan 2016» durch «Impfplan 2017» ersetzt.

Art. 12a Bst. k Ziff. 1

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende prophylaktische Impfungen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
k. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)	1. Gemäss Impfplan 2017: a. Basisimpfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren; b. Impfung der Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 26 Jahren; diese Bestimmung gilt bis zum 30. Juni 2018; c. ergänzende Impfung bei Knaben und Männern im Alter von 11 bis 26 Jahren.

¹ SR 832.112.31

Art. 12d Abs. 1 Bst. d Ziff. 2

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen unter folgenden Voraussetzungen:

Massnahme	Voraussetzung
d. Digitale Mammografie, Mamma-MRI	<p>2. Indikationsstellung, Aufklärungs- und Beratungsgespräch sowie Durchführung der Überwachung und weitere Beratung und Abklärung bei auffälligen Befunden durch ein Brustzentrum, das die Anforderungen nach den «Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren» der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie vom Oktober 2015², nach den Empfehlungen «The requirements of a specialist Breast Centre» der <i>European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)</i>, veröffentlicht am 19. August 2013³, oder nach den Kriterien im «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 14. Juli 2016⁴ erfüllt.</p> <p>Durchführung der bildgebenden Untersuchungen subsidiär auch durch Leistungserbringer möglich, die auf vertraglicher Basis mit einem zertifizierten Brustzentrum zusammenarbeiten. Soll die Leistung in einer anderen Institution durchgeführt werden, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>

Art. 12e Bst. d

Die Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung in der allgemeinen Bevölkerung unter folgenden Voraussetzungen:

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

Massnahme	Voraussetzung
d. Früherkennung des Kolonkarzinoms	<p>Im Alter von 50 bis 69 Jahren.</p> <p>Untersuchungsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL), Koloskopie im Falle eines positiven Befundes, oder – Koloskopie, alle 10 Jahre. <p>Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Jura, Neuenburg, Uri oder Waadt oder im Verwaltungskreis Berner Jura statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.</p>

Art. 13 Bst. b^{ter}

Die Versicherung übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Kontrolluntersuchungen (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG⁵):

Massnahme	Voraussetzung
b ^{ter} . Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT)	<p>Nur zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13 bei Einlings-Schwangerschaften.</p> <p>Ab der 12. Schwangerschaftswoche.</p> <p>Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.</p> <p>Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 12. April 2017⁶ der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternale Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik.</p> <p>Nach einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Ertei-</p>

⁵ SR 832.10

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

Massnahme	Voraussetzung
	<p>lung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.</p> <p>Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternaler Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall der SGUM.</p> <p>Laboranalysen gemäss Analysenliste (AL).</p> <p>Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.</p>

II

- ¹ Anhang 1 wird gemäss Beilage geändert.
- ² Anhang 27 («Mittel- und Gegenständeliste») wird geändert.
- ³ Anhang 38 («Analysenliste») wird geändert.

III

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2017 in Kraft.

2. Juni 2017

Eidgenössisches Departement des Innern:
Alain Berset

- ⁷ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 20a). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Mittel und Gegenständeliste (MiGeL).
- ⁸ In der AS nicht veröffentlicht (Art. 28). Die Änderung kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Versicherung > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Analysenliste (AL).

Anhang 1
(Art. 1)**Vergütungspflicht der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen**

Ziff 1.3, 1.4, 2.1, 2.3 und 9.2

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
1 Chirurgie			
<i>1.3 Orthopädie, Traumatologie</i>			
Autologe Chondro- zytentransplantation	Ja	In Evaluation Zur Behandlung von posttraumatischen Knorpelläsionen am Kniegelenk. Massgebend sind die Indikationen und Kontraindikationen der MTK vom 26.10.2011 gemäss Faktenblatt 2016.131.725.01-1. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 bis 31.12.2019
...			
<i>1.4 Urologie und Proktologie</i>			
...			
<i>Massnahme nach «Elektrische Neuromodulation der sakralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Gerät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz» einfügen:</i>			
Repetitive periphere Magnetstimulation (rPMS, Magnetic Innervation Therapy) des Beckenbodens bei Urin-Inkontinenz	Nein		1.7.2017
...			
2 Innere Medizin			
<i>2.1 Allgemein</i>			
...			
Polysomnographie Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: – Schlafapnoesyndrom – periodische Beinbewegungen im Schlaf – Narkolepsie, wenn die klinische Diagnose unsicher ist – ernsthafte Parasomnie (epileptische nächtliche Dystonie oder gewalttätiges Verhalten im Schlaf), wenn die Diagnose unsicher ist und daraus therapeutische Konsequenzen erwachsen	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ⁹ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Wenn die Indikationsstellung oder die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt wird, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
	Nein	Routineabklärung der vorübergehenden und der chronischen Insomnie, der Fibrositis und des Chronic Fatigue Syndrome	1.1.1997
	Nein	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf: <ul style="list-style-type: none"> – eine Ein- und Durchschlafstörung, wenn die initiale Diagnose unsicher ist und die Behandlung, ob verhaltenmässig oder medikamentös, nicht erfolgreich ist; – persistierende zirkadiane Rhythmusstörung, wenn die klinische Diagnose unsicher ist. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Nein	Bei Geschwistern von Säuglingen, die am Sudden Infant Syndrome (SIDS) verstorben sind.	1.7.2011
Polygraphie	Ja	Bei dringender Verdachtsdiagnose auf Schlafapnoe-Syndrom. Durchführung nur durch Facharzt oder Fachärztin Pneumologie oder Oto-Rhino-Laryngologie, dessen oder deren Ausbildung in und praktische Erfahrung mit Respiratorischer Polygraphie die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ¹⁰ der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) oder der «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) vom 26. März 2015 ¹¹ erfüllen.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

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

¹⁰ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

¹¹ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Bei den Fachärzten und Fachärztinnen (Pneumologie oder ORL), die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) oder der SGORL zertifiziert sind, wird davon ausgegangen, dass sie diese Voraussetzungen erfüllen. Wird die Untersuchung von einem Facharzt oder einer Fachärztin durchgeführt, der oder die nicht von der SGP oder der SGORL zertifiziert ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
...			
Multiple-Sleep Latency-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ¹² der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance-of-Wakefulness-Test	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 2. November 2016 ¹³ der SSSSC erfüllen. Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen. Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	1.1.2000/ 1.7.2017
Aktigraphie	Ja	Indikationsstellung und Durchführung in Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen	1.1.2000/ 1.7.2017

¹² Das Dokument ist einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref.

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		<p>Polygraphien» vom 2. November 2016¹⁴ der SSSSC erfüllen.</p> <p>Bei den von der SSSSC zertifizierten Zentren wird davon ausgegangen, dass sie diese Anforderungen erfüllen.</p> <p>Wird die Untersuchung in einem nicht von der SSSSC zertifizierten Zentrum durchgeführt, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</p>	
...			
2.3		<i>Neurologie inkl. Schmerztherapie und Anästhesie</i>	
...			
		<i>Massnahme «Bandscheiben-Prothesen» ersetzen durch:</i>	
Prothesen der zervikalen Bandscheiben	Ja	<p>Indikation:</p> <p>Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Halswirbelsäule.</p> <p>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 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 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 Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</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</p>

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

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
<i>Massnahme nach «Prothesen der zervikalen Bandscheiben» einfügen:</i>			
Prothesen der lumbalen Bandscheiben	Ja	Indikation:	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017
		Symptomatische degenerative Erkrankung der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule. 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. – Degeneration von maximal zwei Segmenten – Keine primäre Facettengelenksarthrose – Beachtung der allgemeinen Kontraindikationen. Durchführung der Operation nur durch 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. 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 oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
Interspinöse dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	Indikation:	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
		Dynamische Spinalstenose, Spinalstenose mit Dekompression, Diskushernienrezidiv mit Dekompression und Facettenhyperpressions-Syndrom. Durchführung der Operation nur durch 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. 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 oder der	

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie anerkannt ist, so ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.	
<i>Massnahme «Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule (z.B. vom Typ DYNESYS)» ersetzen durch:</i>			
Posteriore pedikel-schraubenbasierte dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule	Ja	<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 nach Überprüfung der Leistungspflicht und entsprechender Empfehlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin erforderlich. – 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 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 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 Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen.</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</p>
...			
9	Radiologie		
9.2	<i>Andere bildgebende Verfahren</i>		
...			

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
Positron-Emissions- Tomographie (PET, PET/CT)	Ja	Durchführung in Zentren, welche die administrativen Richtlinien vom 20. Juni 2008 ¹⁵ der Schweizerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) erfüllen. <ul style="list-style-type: none">a) Mittels F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), nur bei folgenden Indikationen:<ul style="list-style-type: none">1. in der Kardiologie:<ul style="list-style-type: none">– präoperativ vor einer Herztransplantation.2. in der Onkologie:<ul style="list-style-type: none">– gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 1.0, vom 28. April 2011¹⁶ zu FDG-PET.3. in der Neurologie:<ul style="list-style-type: none">– präoperativ bei therapieresistenter fokaler Epilepsie,– zur Abklärung von Demenz: als weiterführende Untersuchung in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Spezialärzte und -ärztinnen für Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie; bis zum Alter von 80 Jahren, bei einem Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und einer Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren; keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.4. In Evaluation:<ul style="list-style-type: none">Bei der Fragestellung «Raumforderung», gemäss den klinischen Richtlinien der SGNM, Kapitel 2.0, vom 28. April 2011 zu FDG-PET.b) Mittels N-13-Ammoniak, nur bei folgender Indikation:<ul style="list-style-type: none">Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämiec) Mittels 82-Rubidium, nur bei folgender Indikation:<ul style="list-style-type: none">Zur Untersuchung der Myokardperfusion (in Ruhe und unter Belastung) zur Evaluation der Myokardischämied) Mittels 18F-Fluorocholin In Evaluation, nur bei folgender Indikation:<ul style="list-style-type: none">Zur Abklärung bei biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinomse) Mittels 18F-Ethyl-Thyrosin (FET) Bei folgenden Indikationen:	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 1.7.2014 bis 31.12.2017 1.7.2013 1.7.2013 1.7.2014 bis 31.12.2017 1.1.2016

¹⁵ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

¹⁶ Die Richtlinien sind einsehbar unter: www.bag.admin.ch/ref

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
		Zur Evaluation bei Hirntumoren und Re-Evaluation bei malignen Hirntumoren	
		f) Mittels Gallium-68-PSMA-11 In Evaluation, nur bei folgender Indikation: Zur Abklärung bei biochemisch nach- gewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) eines Prostatakarzinoms	1.1.2017 bis 31.12.2018
		g) Mittels DOTA-Peptiden, nur bei folgender Indikation: Staging und Restaging differenzierter neuroendokriner Tumore	1.7.2017
	Nein	a) Mittels 18F-Fluorid	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017
		b) Mittels 18F-Florbetapir	
		c) Mit anderen Isotopen als F-2-Fluoro- Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholin, N-13-Ammoniak, 82-Rubidium oder 18F-Ethyl-Thyrosin (FET), Gallium-68- PSMA-11 oder DOTA-Peptiden	
...			