

Kommentierte

**Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)**<sup>2</sup>

vom 01. Juni 2021

berücksichtigt die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beschlossenen Änderungen vom 08. Juni 2021<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> In der AS nicht veröffentlicht.

<sup>2</sup> Einsehbar unter der Internetadresse des Bundesamtes für Gesundheit (BAG): [www.bag.admin.ch/migel](http://www.bag.admin.ch/migel)

<sup>3</sup> AS 2021 393, Nr. 96 vom 25. Juni 2021



**Inhaltsübersicht**

1	Allgemeine Vorbemerkungen.....	4
1.1	Rechtsgrundlagen.....	4
2	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV.....	4
2.1	Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen).....	4
2.2	Vergütungsregelung MiGeL (Art. 20 ff. KLV).....	4
2.3	Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen.....	5
3	Aufnahmeverfahren MiGeL.....	5
4	Struktur der MiGeL.....	6
4.1	Produktgruppen.....	6
4.2	Positionsnummern.....	6
4.3	Zuordnung Miete / Kauf, Kumulation von Positionen.....	6
4.4	Limitationen.....	6
4.5	Reparaturen.....	6
4.6	«pro Jahr», «pro Rata» und «pro Kalenderjahr».....	6
4.7	Abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben.....	7
5	Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL).....	7
6	Abkürzungen.....	12
7	Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL).....	13
7.1	Produktgruppen-Übersicht.....	13

## 1 Allgemeine Vorbemerkungen

### 1.1 Rechtsgrundlagen

Die gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Mitteln und Gegenständen als Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung stellt das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dar. Nähere Ausführungen hierzu finden sich in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die ergänzt wird durch die Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; SR 832.112.31) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI).

Die vorliegenden Vorbemerkungen und Erläuterungen (Ziffer 2 - 6) sind eine Dienstleistung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und haben keinen rechtsverbindlichen Charakter.

## 2 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV

### 2.1 Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen)

Nach Artikel 25 KVG zählen Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Untersuchung einer Krankheit im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) bezieht sich dabei auf die Überwachung der Krankheit und der Behandlung derselben. Nach Artikel 32 Absatz 1 KVG müssen die Leistungen nach den Artikeln 25 - 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG). Um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung möglichst kostengünstig sicherzustellen (Art. 43 Abs. 6 KVG) und um die Leistungspflicht zu definieren, erlässt das EDI Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mittel und Gegenständen, die in Form der MiGeL festgelegt sind (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 KVG; Art. 33 Bst. e KVV).

Die MiGeL enthält grundsätzlich nur Mittel und Gegenstände, die von den Versicherten direkt oder allenfalls unter Beizug von nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Personen angebracht und/oder verwendet werden können (Art. 20 KLV).

Nicht in der MiGeL enthalten sind demgegenüber andere Medizinprodukte wie beispielsweise Implantate. Deren Vergütung ist in den Tarifverträgen der entsprechenden Leistungserbringer geregelt. Hilfsmittel, welche nicht der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen sowie von Swissmedic zugelassene, wirkstoffhaltige Arzneimittel, sind ebenfalls nicht enthalten (Art. 20a Abs. 2 KLV).

### 2.2 Vergütungsregelung MiGeL (Art. 20 ff. KLV)

Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden die in der MiGeL aufgeführten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbetrag (HVB) vergütet, sofern diese

- der Produktbeschreibung einer MiGeL-Position entsprechen
- auf dem Schweizer Markt zugelassen sind
- den erforderlichen therapeutischen Zweck oder den Zweck der Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen erfüllen
- durch einen Arzt oder eine Ärztin oder im Rahmen von Artikel 4 Buchstabe c KLV durch einen Chiropraktor oder eine Chiropraktorin verordnet sind
- von einer nach Artikel 55 KVV zugelassenen Abgabestelle direkt an den Versicherten/die Versicherte abgegeben werden

Mittel und Gegenstände, die der Produktbeschreibung einer MiGeL-Position nicht entsprechen, dürfen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Die Verrechnung unter einer ähnlichen Positionsnummer ist unzulässig.

Die Mittel und Gegenstände haben bezüglich Zulassung auf dem Schweizer Markt die Anforderungen der Medizinprodukteverordnung vom 17. Oktober 2001 (MepV; SR 812.213) zu erfüllen (Art. 23 KLV). Die Aufsicht und der Vollzug der MepV liegen bei der Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut, Abteilung Medizinprodukte, Hallerstrasse 7, Postfach, CH-3012 Bern.

Mittel und Gegenstände, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung durch einen Leistungserbringer nach Artikel 35 KVG (Arzt/Ärztin, Spital, Pflegefachperson oder andere medizinisch-therapeutische Fachpersonen wie z.B.

Physiotherapeut/Physiotherapeutin) oder im Rahmen der Pflege in Pflegeheimen oder durch die Spitex angewandt werden, dürfen nicht über die MiGeL abgerechnet werden, sondern werden über die für die jeweiligen Leistungserbringer geltenden Tarifsysteme vergütet.

Die in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbeträge (HVB) stellen den Betrag dar, der maximal von den Versicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden kann (Art. 24 Abs. 1 KLV). Die Mehrwertsteuer (MWST) ist in diesen Beträgen inbegriffen. Massgebend für die Verrechnung ist der effektive Preis inklusive MWST (von aktuell 7.7 %).

Die HVB der MiGeL entsprechen in der Regel einem Durchschnittspreis der auf dem Markt erhältlichen zweckmässigen Produkte. Der Preis im Ausland ist bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auch zu beachten.

Der versicherten Person ist es freigestellt, ein spezifisches geeignetes Produkt im Rahmen dieses HVB auszuwählen, wobei ein allfälliger Mehrbetrag (Art. 24 Abs. 2 KLV) zu Lasten der versicherten Person geht. Mittel und Gegenstände sind deshalb nicht im Tarifschutz eingeschlossen (Art. 44 Abs. 1 KVG).

Weiter gilt auch bei Mittel und Gegenständen die Kostenbeteiligung der Versicherten mit Selbstbehalt und Franchise (siehe Art. 64 KVG, Art. 103 KVV) auf dem maximal vergütbaren Betrag.

### **2.3 Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen**

Bei Mitteln und Gegenständen, die auch im Rahmen der Leistungspflicht der Alters- und Hinterbliebenen- (AHV), der Invaliden- (IV), der Unfall- (UV) oder der Militärversicherung (MV) abgegeben werden können, ist mit Blick auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) folgende Abgrenzung zu beachten:

In Bezug auf die Leistungskoordination der verschiedenen Sozialversicherungen wird auf Artikel 63 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verwiesen.

Weiter ist in Artikel 27 KVG spezifisch die Koordination bei Geburtsgebrechen erwähnt, wonach die OKP bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernimmt (altersbedingt nach dem vollendeten 20. Altersjahr oder wenn ein Kind mit einem Geburtsgebrechen die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllt).

Wenn also die Leistungspflicht nach der AHV, IV, UV oder MV für Mittel und Gegenstände gegeben ist, wird die Vergütung im Rahmen der Vorgaben der jeweiligen Sozialversicherung abgewickelt. Beispielsweise gehen die Kosten für Mittel und Gegenstände bei Unfällen zu Lasten der Unfallversicherung, wenn die Deckung einer obligatorischen Unfallversicherung vorliegt. Die IV übernimmt insbesondere auch Kosten für Gehhilfen, Hörhilfen, Brillen und Kontaktlinsen, orthopädische Mass- und Serienschuhe, Orthesen und Prothesen. Die AHV übernimmt ebenfalls Kosten für orthopädische Mass- und Serienschuhe, Hörgeräte und Lupenbrillen.

Wenn keine Versicherungsdeckung durch eine andere Sozialversicherung vorliegt, erhalten die Versicherten Vergütungen nach den Bestimmungen des KVG sowie Voraussetzungen, wie sie in der MiGeL festgehalten sind.

Die OKP erbringt keine ergänzenden Leistungen zu jenen von AHV, IV, UV oder MV, wenn eine dieser Sozialversicherungen leistungspflichtig ist. So übernimmt die OKP beispielsweise nicht die von der AHV nicht vergüteten Kostenanteile für Hilfsmittel.

### **3 Aufnahmeverfahren MiGeL**

Interessierte Personen, welche eine Neuaufnahme, Änderung oder Streichung von Positionen der MiGeL wünschen, richten in einem ersten Schritt eine schriftliche Anfrage mit ihrem Anliegen, den wichtigsten Informationen über das betreffende Produkt/die Produktgruppe und allenfalls einer Produktbeschreibung per E-Mail an [eamgk-migel-sekretariat@bag.admin.ch](mailto:eamgk-migel-sekretariat@bag.admin.ch) oder per Post an:

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Kranken- und Unfallversicherung, Sektion Analysen, Mittel und Gegenstände (AMG), Sekretariat EAMGK-MiGeL, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Die Anträge werden durch die erwähnte Stelle bearbeitet. Nach erfolgten Abklärungen und Marktanalysen werden die Anträge der zuständigen Eidgenössischen Kommission für Analysen-, Mittel- und Gegenstände (EAMGK) vorgelegt, welche eine Empfehlung zuhanden des EDI abgibt. Das Departement entscheidet abschliessend über die Aufnahme oder Ablehnung.

## 4 Struktur der MiGeL

### 4.1 Produktgruppen

Die Liste ist in Produktgruppen, gemäss der Funktion der Produkte, aufgeteilt. Als Besonderheit gegenüber anderen Listen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden in der MiGeL nur allgemeine Produktbeschreibungen und keine einzelnen Markennamen aufgeführt.

Bestimmungen, die unter dem Titel einer Produktgruppe oder Untergruppe genannt sind, gelten für alle Positionen der Gruppe (z.B. abweichende Formate für Verbandmaterial).

### 4.2 Positionsnummern

Die ersten zwei Ziffern der Positionsnummer bezeichnen die Produktgruppe. Die folgenden Ziffernpaare, getrennt durch einen Punkt, bezeichnen in Folge die Kategorie respektive Unterkategorien, das jeweilige Produkt und das Zubehör/Verbrauchsmaterial. Die letzte Einzelziffer bezeichnet, ob die Position beim Miet- und/oder Kaufsystem anwendbar ist. Ziffer 1 = Kauf, 2 = Miete, 3 = Kauf und Miete. Eine Positionsnummer für den Kauf eines Gerätes hat die Endziffer 1 und eine Position für die Miete eines Gerätes hat die Endziffer 2. Bei Positionen für Zubehör, Verbrauchsmaterial und anderen Abgeltungen (z.B. Lieferung) im Zusammenhang mit einem Gerät, können Positionen mit Endziffer 1 nur beim Kauf des dazugehörigen Gerätes und Positionen mit Endziffer 2 nur bei der Miete des Gerätes zusätzlich verrechnet werden. Positionen mit Endziffer 3 können zu einem gekauften oder gemieteten Gerät zusätzlich verrechnet werden.

### 4.3 Zuordnung Miete / Kauf, Kumulation von Positionen

Für Miete und Kauf sind separate Positionen aufgeführt (Art. 24 Abs. 3 KLV). Die Einheit des aufgeführten Betrages (z.B. Stückpreis, Miete pro Tag etc.) ist bei jeder Position jeweils angegeben.

Positionen mit unterschiedlicher therapeutischer oder diagnostischer Funktion können grundsätzlich kumuliert werden. Zubehör und Verbrauchsmaterial können jeweils nur zum zugehörigen Produkt kombiniert werden. Ausnahmen oder Hinweise sind jeweils aufgeführt.

### 4.4 Limitationen

Die Produkte können grundsätzlich bezüglich der medizinischen Indikation, der Menge und Dauer der Verwendung limitiert werden. Ein mit einer Limitation versehenes Produkt ist mit einem „L“ hinter der Positionsnummer gekennzeichnet. Limitationen können für einzelne Produkte, Produktuntergruppen oder ganze Produktgruppen gelten. Entsprechende Hinweise sind bei jeder Position aufgeführt.

### 4.5 Reparaturen

Geräte Reparaturen sind in der Miete inbegriffen. Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschulden, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

### 4.6 «pro Jahr», «pro Rata» und «pro Kalenderjahr»

Eine Therapie, bzw. der Bezug von entsprechenden Produkten beginnt häufig nicht am 1. Januar eines Jahres. Die Vergütung bei einem HVB «pro Jahr (pro rata)» bezieht sich immer auf den Anteil des Kalenderjahres, in dem die Therapie effektiv genutzt wurde.

Ein Beispiel: Es erfolgt ein erstmaliger Bezug von regelmässig zu nutzendem Verbrauchsmaterial mit einem HVB von CHF 400.- pro Jahr pro rata ab dem 1. Oktober. Zu vergüten ist im Jahr des Erstbezugs der entsprechende Anteil des HVB, der für dieses Kalenderjahr bleibt (3 Monate), also pro rata CHF 100.-. Im folgenden Jahr wird die Therapie dauerhaft fortgesetzt und es kann maximal CHF 400.- für das ganze Kalenderjahr vergütet werden. Als Rundungsregel gilt dabei, dass üblicherweise die Vergütung auf ganze Stückzahlen aufzurunden ist, z.B. wenn ein Produkt alle 2 Wochen zu erneuern ist.

HVB «pro Jahr» werden meist bei Geräten oder Hilfsmitteln verwendet, die nicht mehrfach pro Jahr gekauft werden, oder die unregelmässig anzuwenden sind. Sie verstehen sich als maximal mögliche Vergütung in den 365 Tagen ab dem ersten Bezugsdatum. Das heisst nicht pro Kalenderjahr, sondern pro Jahr der laufenden Therapie.

Ein Beispiel: Brillengläser/Kontaktlinsen werden bis zum vollendeten 18. Altersjahr maximal 1 Mal pro Jahr mit einem HVB vergütet. Erfolgt der erste Bezug am 31. Oktober 2015, kann frühestens für einen Bezug im November 2016 erneut eine Vergütung erfolgen.

Als Ausnahme kann auch mehrfach pro Jahr zu kaufendes, aber unregelmässig zu nutzendes Material einen HVB pro Jahr erhalten. Ein Beispiel sind Blutzucker-Messstreifen bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern. Hier ist die einmal tägliche (einer pro rata-Vergütung entsprechende) Anwendung nur in wenigen Ausnahmefällen medizinisch sinnvoll. Hingegen sollen kurzzeitige Perioden mit intensiveren Messungen, z.B. für Therapieumstellungen, ermöglicht werden. Gleichzeitig wird so berücksichtigt, dass auch bei einem Beginn mit Blutzuckermessungen gegen Ende Jahr zunächst eine Kleinpackung Messstreifen vergütet werden kann.

HVB «pro Kalenderjahr» kann maximal im entsprechenden Kalenderjahr vergütet werden, unabhängig vom Zeitpunkt der ersten Verordnung. Er kommt dann zum Einsatz, wenn bei einer Dauertherapie die Startkosten für Material hoch und deshalb unter Umständen mit einer «pro rata»-Regelung nicht mehr gedeckt sind, wenn der Therapiebeginn erst gegen Ende Jahr erfolgt.

Ein Beispiel: Eine Person wird am 1. Oktober mit einer frisch angelegten Tracheotomie aus dem Krankenhaus entlassen. Für die verbleibenden 3 Monate des Jahres steht ihr «pro Kalenderjahr» für das Verbrauchsmaterial der ganze HVB zur Verfügung. Dies im Gegensatz zum HVB «Pro Jahr (pro rata)», bei welchem für einen Zeitraum von 3 Monaten nur ein Viertel des HVB vergütet würde.

#### **4.7 Abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben**

Für nicht aufgeführte, abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben gilt der Höchstvergütungsbetrag des nach der Fläche nächstliegenden Formates oder der nächstliegenden Volumina oder Gewichtsangabe. In der Mitte liegende Flächen werden der Position des kleineren Formates, in der Mitte liegende Volumina oder Gewichtsangaben der kleineren Position zugewiesen.

### **5 Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL)**

#### **01. Absauggeräte**

Produkte für die Absaugung von flüssigen oder festen Substanzen, die im Körper vorhanden sind.

#### **03. Applikationshilfen**

Produkte, die die Verabreichung von Arzneimitteln und/oder medizinisch indizierten Ernährungslösungen ermöglichen oder unterstützen.

#### **05. Bandagen**

Bandagen sind körperteilumschliessende oder körperanliegende, meist konfektionierte Produkte, deren Funktion es ist, komprimierend und/oder funktionssichernd (unterstützend, stabilisierend, bewegungslenkend) zu wirken. Spezielle Kompressionsbandagen sind in der Produktgruppe 17 Kompressionstherapiemittel aufgeführt.

#### **06. Bestrahlungsgeräte**

Bestrahlungsgeräte dienen der Applikation von Energie in den menschlichen Körper.

#### **09. Elektrostimulationsgeräte**

Geräte, die über Elektroden elektrischen Strom zu therapeutischen Zwecken in genau definierter Form auf Körpergewebe abgeben. Sie dienen der Schmerzbehandlung, Muskelstimulation und zur Behandlung der Hyperhidrosis.

#### **10. Gehhilfen**

Gehhilfen dienen der Ermöglichung des Gehens, welches wegen Krankheits- oder Unfallfolgen ohne diese Hilfen nicht mehr möglich wäre, oder zur Entlastung einer unteren Extremität in der Heilungs- und Rekonvaleszenzphase.

Gehhilfen für den Alltag ausserhalb der Heilungs- und Rekonvaleszenzphase werden insbesondere auch von der IV gemäss deren Voraussetzungen übernommen (siehe auch Erläuterungen unter 2.3).

#### **13. Hörhilfen**

Hörhilfen sind technische Hilfen, die angeborene oder erworbene Hörfunktionsminderungen, die einer kausalen Therapie nicht zugänglich sind, ausgleichen.

Die Vergütung von Hörgeräten und den dazugehörigen Batterien erfolgt grundsätzlich gemäss den Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Indikationsstufen) der AHV, IV oder UV (siehe auch Erläuterungen unter 2.3).

In den Fällen, wo die Person die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der entsprechenden Sozialversicherung nicht erfüllt, übernimmt die OKP diese Leistungen. Die Vergütung erfolgt gemäss den Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Indikationsstufen) der AHV/IV.

#### 14. Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Diese Produkte entfalten ihre therapeutische Wirkung über den Atemtrakt. Die Produkte dienen folgenden Zwecken:

- Unterstützung oder Ersatz der Atemfunktion bei Atemstörungen oder Versagen der Atempumpe
- Unterstützung oder Verbesserung der Hustenfunktion und Unterstützung zum Freihalten der Luftwege von Sekret (Sekretmobilisation)
- Applikation von therapeutischen Aerosolen über die Atemwege, Unterstützung der Pulverinhalation

Geräte für die Messung der Atemfunktionen sind in der Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen aufgeführt.

Die Inhalations- und Atemtherapiegeräte beinhalten folgende Produktuntergruppen:

##### Inhalationsgeräte

Diese Geräte dienen der Applikation von therapeutischen Aerosolen in die Luftwege (Inhalationsgeräte). Tröpfchengrösse und Masse, gemessen als MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter, mediane Grösse der Aerosole in  $\mu\text{m}$ ) sind bei korrekter Inhalationstechnik durch den Patienten entscheidend für den Ort der Deposition (beispielsweise für bronchodilatatorisch wirksame Medikamente). Tröpfchengrössen von 2-5  $\mu\text{m}$  (Anteil angegeben als Fine Particle Fraction in %) für die Deposition im Lungenparenchym, beispielsweise vasodilatatorisch wirksame Medikamente.

Geräte für Dosieraerosole und Pulverinhalatoren sind an das spezifische Markenprodukt gebunden und deshalb nicht in der MiGeL, sondern in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt.

##### Vorschaltkammern zu Dosieraerosolen

Diese Geräte dienen der Verbesserung der Medikamentendeposition in der Anwendung von Dosieraerosolen, insbesondere bei Koordinationsschwierigkeiten des gleichzeitigen Einatmens und Auslösens des Aerosol-Stosses oder bei eingeschränkter Kooperationsbereitschaft.

Geräte reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

##### Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation

Diese Geräte sollen das Lösen und Entfernen von Schleim in den Atemwegen erleichtern.

##### Atemtherapiegeräte zum Atemmuskeltraining

Die Atemtherapiegeräte zum Atemmuskeltraining fördern mit einer verbesserten Atemmuskulatur die Sekretmobilisation und den Hustenstoss.

##### Sauerstofftherapie

Die Sauerstofftherapie wird als Kurzzeittherapie (vorübergehende oder terminale Ateminsuffizienz bei schweren Erkrankungen) oder als Langzeittherapie (bei chronischen Lungen-, bzw. Atemwegserkrankungen), eingesetzt. Für die Kurzzeittherapie können weiterhin auch Sauerstoff-Druckgasflaschen verwendet werden.

##### Sauerstoff-Langzeittherapie:

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonalarteriellen Hypertonie, Entlastung der Atemmuskulatur durch Rückgang des Atemminutenvolumens infolge des Sauerstoffs, Verbesserung der Sauerstoffversorgung der Organe, Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, verbesserte Lebenserwartung) ist eine Sauerstoffverabreichung von mindestens 16 Stunden täglich notwendig.

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie setzt eine vorgängige korrekte Abklärung und Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf einer Instruktion und nachfolgender Betreuung durch spezialisiertes Hilfspersonal.

Folgende Systeme sind für eine Sauerstoff-Langzeittherapie geeignet:

- Sauerstoffkonzentrator mit Druckgasflaschen als Notfallreserve und kleine Druckgasleichtflaschen für kurz dauernde Mobilität. Ein zusätzliches Sparventil (Sauerstoffabgabe nur bei Inspiration) ermöglicht eine bessere Ausnutzung des Sauerstoffs und einen deutlich grösseren Aktionsradius.
- Flüssigsauerstoff-System mit stationärem Reservoir und tragbarem selbst wieder auffüllbarem Tochtergerät; indiziert nur bei regelmässiger täglicher Mobilität über mehrere Stunden ausser Haus.

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie mittels Druckgasflaschen ist obsolet und extrem unwirtschaftlich.



Technische Hinweise:

Druckgasflaschen:

Sie werden mit 200 bar (MPa) gefüllt. Dabei ergibt 1 l Druckgas 200 l gasförmigen Sauerstoff.

Flüssigsauerstoff:

Wird in einem thermoisolierten Behälter gelagert. Siedepunkt O<sub>2</sub> = -183 °C. 1 l Flüssigsauerstoff ergibt 860 l gasförmigen Sauerstoff.

Keine Pflichtleistung für eine Sauerstofftherapie besteht bei:

- Sauerstoff-Mehrschritttherapie
- Oxyvenierungstherapie (Verabreichung direkt in die Venen)
- Ozontherapie

#### **Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf**

Geräte zur ventilatorischen Behandlung von Atemstörungen im Schlaf (CPAP-Geräte [Continuous Positive Airway Pressure], Servoventilationsgeräte, Bi-Level PAP Geräte) erzeugen einen ständigen positiven Druck in den Atemwegen, der diese „offen hält“. Geräte zur nichtventilatorischen Atemunterstützung (Unterkiefer-Protrusionsorthesen) verhindern durch mechanischen Vorschub des Unterkiefers eine Obstruktion des Rachenraumes.

Gemäss Art. 17 Bst. f KLV und Art. 19 Bst. e KLV übernimmt der Versicherer die Kosten der zahnärztlichen Behandlung.

#### **Geräte für die mechanische Heimventilation**

Beatmungsgeräte, welche bei einer ventilatorischen Insuffizienz die Atemfunktion zeitweise unterstützen oder ersetzen.

#### **15. Inkontinenzhilfen**

Es sind in dieser Produktgruppe aufsaugende und ableitende Inkontinenzhilfen sowie Zubehör, und Therapiegeräte aufgeführt. Inkontinenz ist das ungenügende Vermögen, Urin- und/oder Stuhlabgang willkürlich zu kontrollieren, so dass es zu ungewolltem Abgang von Urin und/oder Stuhl kommt.

Inkontinenzgrade bei Erwachsenen:

**Leichte** Inkontinenz mit Urinverlust < 100 ml/4 h begründet keine Vergütung von aufsaugenden Inkontinenzprodukten durch die OKP. Dazu gehört Stressinkontinenz mit Urinverlust in kleinen Mengen bei bestimmten Belastungssituationen wie Niesen, Husten, Lachen, Sport. Inkontinenzprodukte sind hier im Rahmen der Eigenverantwortung bis andere, nachhaltige Therapieformen ansprechen.

**Mittlere** Inkontinenz: Urinverlust 100 - 200 ml/4h, und Abgang von mittleren bis grösseren Urinmengen in unregelmässigen Abständen und/oder starker Harndrang mit nicht mehr beherrschbarem Urinabgang.

**Schwere** Inkontinenz: Urinverlust > 200 ml/4h, z.B. bei Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz (neurogen, pathologischer spinaler Reflex, ohne Gefühl für Harndrang). Plötzliche, vollständige Blasenentleerung mit grossen Urinmengen.

**Totale** Inkontinenz: Unkontrollierter, dauernder Urin- und/oder Stuhlabgang.

In der normalen kindlichen Entwicklung wird die Darm- und Blasenkontrolle erst erworben. Zu differenzieren ist zwischen der Darm- sowie der Blasenkontrolle tagsüber, welche sich weitgehend zeitgleich entwickeln, und der Blasenkontrolle in der Nacht, die sich in der Regel erst später einstellt.

Ein Anspruch auf Vergütung von Produkten zur Krankheitsbehandlung gemäss Position 15.01 aufsaugende Inkontinenzprodukte begründet sich somit frühestens ab einem Alter von 42 Monaten. In diesem Alter hat die Mehrzahl der Kinder eine tagsüber bestehende Darm- und Blasenkontrolle erworben. Aufgrund von Erkrankungen kann es sein, dass diese Funktion erst verspätet erlernt wird.

**Inkontinenz-Einlagen**

Technische Hinweise:

Saugfähiges, flüssigkeitsspeicherndes Material als Saugpolster. Rücknässeschutz/Vliesschicht auf der Innenseite. Flüssigkeitsundurchlässige Aussenschicht. Auslaufschutz an allen Rändern. Umlaufende randmässige Verbindung von Innen- und Aussenschicht. Hautfreundliche Materialien.

**Scheidenpessare**

Scheidenpessare korrigieren die Lage der Beckenorgane und führen somit zur Verbesserung der Kontinenzfunktion.

Scheidenpessare können mit warmem Wasser gereinigt und über Monate bis Jahre wiederholt eingefügt werden. Je nach Situation und Anforderungen werden verschiedene Formen wie Ringpessare, Schalen/Siebschalenpessare, Würfelpessare, Urethrapessare etc. verwendet.

Einweg- und Kurzzeitpessare aus speziellen Schaumstoffen, Vinyl und/oder Zellstoff können je nach Material einmalig verwendet oder nach Reinigung mit warmem Wasser über einige Tage bis wenige Wochen wiederholt eingefügt werden. Sie werden meist in Mehrstückpackungen verkauft.

Ausgeschlossen von der Vergütung sind Pessare zur Empfängnisverhütung wie zum Beispiel Intrauterinpessar oder Diaphragma.

**16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel**

Es handelt sich um Produkte zur äusseren Applikation von Wärme oder Kälte.

**17. Kompressionstherapie-Mittel**

Mittel zur Kompressionstherapie umfassen Produkte zur therapeutischen äusseren Druckapplikation bei Venen- und Lymphabflussstörungen sowie Verbrennungsnarben. „Anti-Thrombose-Strümpfe“ und andere Stützstrümpfe, die nicht die Kriterien für Medizinische Kompressionsstrümpfe der Kompressionsklasse 2 erreichen, sind keine Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Weitere Nicht-Pflichtleistungen sind insbesondere Kompressionstherapie-Mittel, die zur Leistungssteigerung im Sport, zur Vorbeugung der Reisetrombose und zur rein präventiven Anwendung in der Schwangerschaft vorgesehen sind.

Die Mittel zur Kompressionstherapie unterscheiden sich hinsichtlich des Anwendungszieles grundsätzlich von den Bandagen (Kapitel 05), die eine komprimierende und/oder funktionssichernde (unterstützende, stabilisierende, bewegungslenkende) Wirkung ausüben.

**21. Messgeräte für Körperzustände/-funktionen**

Messgeräte für Körperzustände oder -funktionen dienen zur Eigenmessung bzw. Überwachung von Funktionsparametern durch den Versicherten selbst, wenn dies für die Krankheitskontrolle notwendig und/oder eine selbständige Anpassung der Medikation erforderlich ist.

**23. Orthesen**

Orthesen sind Produkte zur Stützung oder Führung des Bewegungsapparates mittels festen Materialien. (Im Gegensatz dazu bestehen Bandagen aus weichen Materialien).

Orthesen für den Alltag (für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt und die Selbstsorge) werden ausserhalb der Heilungs- und Rekonvaleszenzphase auch insbesondere von der IV und AHV übernommen (siehe auch Erläuterungen unter 2.3). Für Versicherte der AHV, die vorher von der IV bereits für Orthesen Leistungen erhalten haben, bleibt der Anspruch auf diese Leistungen in Art und Umfang aus der IV erhalten, solange die massgebenden Voraussetzungen der IV weiterhin erfüllt sind.

**24. Prothesen**

Prothesen sind Produkte, die dem Ersatz von Körperteilen dienen.

Prothesen für den Alltag (für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt und die Selbstsorge) werden ausserhalb der Heilungs- und Rekonvaleszenzphase auch insbesondere von der IV übernommen (siehe auch Erläuterungen unter 2.3.).

Für Versicherte der AHV, die vorher von der IV bereits für Prothesen Leistungen erhalten haben, bleibt der Anspruch auf diese Leistungen in Art und Umfang aus der IV erhalten, solange die massgebenden Voraussetzungen der IV weiterhin erfüllt sind.

**25. Sehhilfen**

Sehhilfen sind optische Vorrichtungen, die zur Korrektur von Brechungsfehlern oder dem Ausgleich, der Verbesserung oder Behandlung eines anderen Krankheitszustandes des Auges dienen.

Zu den Positionen 25.02.02.00.1 und 25.02.03.00.1, Spezialfälle für Kontaktlinsen, können die Positionen für Brillengläser zusätzlich vergütet werden.

Brillen und Kontaktlinsen werden auch von der IV und AHV übernommen (siehe auch Erläuterungen unter 2.3).

**29. Stomaartikel**

Als Stomaartikel werden Produkte bezeichnet, die der Versorgung von operativ angelegten oder als Folge von Krankheitskomplikationen entstandenen Körperöffnungen von Dünndarm, Dickdarm oder Harnleiter in der vorderen Bauchdecke (Stomata und Fisteln) dienen.

**30. Therapeutische Bewegungsgeräte**

Therapeutische Bewegungsgeräte sind Produkte, die der Therapie von Fehlfunktionen des Bewegungsapparates dienen.

**31. Tracheostoma-Hilfsmittel**

Tracheostoma-Hilfsmittel werden zur Versorgung eines Tracheostomas (operativ/dilatativ angelegter Luftröhrenzugang am Hals) eingesetzt.

Eine Tracheotomie (Luftröhrenschnitt) erfolgt zum Beispiel bei einer Verengung der Atemwege, bei Beatmungspflicht via Trachealkanüle oder bei massiver Sekretproblematik zum Absaugen. Das Stoma ist je nach Anlageart mechanisch instabil und zur Sicherung der Atemwege muss dauernd eine Trachealkanüle eingelegt sein. Versicherte mit einer Tracheotomie können mit einem auf die Trachealkanüle aufgesetzten Stimmventil sprechen, wenn die Kanüle gefensternt ist (Sprechkanüle) und somit der Kehlkopf genutzt werden kann.

Eine Laryngektomie (Kehlkopfentfernung) ist oft bei einem Tumor notwendig. Dabei werden die Luft- und Speiseröhre getrennt und die Atemröhre endet mit dem Tracheostoma am Hals. Da das Tracheostoma bei Laryngektomie sehr stabil angelegt ist, muss nicht bei allen Versicherten dauernd eine Trachealkanüle eingelegt sein. Bei der Mehrheit der Versicherten wird zwischen Luft- und Speiseröhre eine Stimmprothese implantiert, welche es erlaubt, die Atemluft zur Stimmgebung zu verwenden.

In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des für die entsprechende Position vorgesehenen Höchstvergütungsbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden. Dies kann insbesondere in Situationen erforderlich sein, in denen aufgrund medizinischer oder anatomischer Gründe Material langfristig häufiger getauscht werden muss oder die Verwendung von teurerem Material erforderlich ist, wie z.B. Kanülen auf Mass oder Kanülen für eine subglottische Absaugung. Entsprechende Anträge sind medizinisch zu begründen. Ein kurzfristig höherer Verbrauch sollte über das Jahr auszugleichen sein. Kein medizinischer Grund ist die Verwendung eines Hands-free-Systems für laryngektomierte Versicherte oder eine nicht optimale Versichertenberatung betreffend Material.

**35. Verbandmaterial**

Unter der Produktgruppe Verbandmaterial werden Produkte aufgeführt, die zur äusseren Behandlung und Schutz von Hautläsionen verwendet werden. Daneben sind auch Produkte aufgeführt, die einerseits zur Stabilisation von Wundverbänden und andererseits auch zu Stabilisationen des Bewegungsapparates dienen und nicht in die Kategorie der Orthesen und Bandagen fallen (z.B. elastische Binden, etc.).

In der MiGeL besteht kein grundsätzliches Kumulationsverbot. So können Kompressen und Tupfer auch vergütet werden, wenn sie für die Desinfizierung im Rahmen der Blasenkatheterisierung eingesetzt werden. Eine solche Kumulation würde sich aber dann verbieten, wenn die Positionsbezeichnung diese ausschliesst (z.B. Eine Wundspüllösung kann nicht für Blasenspülungen vergütet werden).

**99. Verschiedenes**

Darunter werden Produkte aufgeführt, für welche keine eigene spezifische Produktgruppe in der MiGeL vorhanden ist.

## 6 Abkürzungen

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenen-Versicherung
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
Bst.	Buchstabe
BBL	Bundesamt für Bauten und Logistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
HVB	Höchstvergütungsbetrag
IV	Invaliden-Versicherung
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
L	Limitation
MepV	Medizinprodukteverordnung vom 17. Oktober 2001
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MV	Militär-Versicherung
MWST	Mehrwertsteuer
OSM-Tarif	Tarif orthopädie-schuhtechnische Arbeiten des Schweizerischen Schuhmacher und Orthopädienschuhmachermeister-Verbandes (SSOMV)
Rev.	Revision: Art der Revision einer Position in der aktuellen MiGeL: <b>B:</b> Änderung des Höchstvergütungsbetrages <b>C:</b> textliche Modifikation <b>N:</b> neue Position <b>S:</b> Streichung <b>V:</b> Verlängerung der Leistungspflicht
SL	Spezialitätenliste
SVOT	Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker
TP-Wert	Taxpunktwert
UV	Unfall-Versicherung
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
Ziff.	Ziffer

**7 Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)**

Fassung vom 1.6.2021

**7.1 Produktgruppen-Übersicht**

01.	ABSAUGGERÄTE .....	14
03.	APPLIKATIONSHILFEN .....	16
05.	BANDAGEN.....	19
06.	BESTRAHLUNGSGERÄTE .....	22
09.	ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTE .....	23
10.	GEHHILFEN .....	27
13.	HOERHILFEN.....	28
14.	INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERÄTE .....	29
15.	INKONTINENZHILFEN.....	43
16.	KÄLTE- und / oder WÄRMETHERAPIE-MITTEL.....	48
17.	KOMPRESSIOTHERAPIE-MITTEL.....	49
21.	MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE/-FUNKTIONEN.....	60
23.	ORTHESEN.....	69
24.	PROTHESEN .....	72
25.	SEHHILFEN.....	74
29.	STOMAARTIKEL .....	75
30.	THERAPEUTISCHE BEWEGUNGSGERÄTE .....	76
31.	TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL .....	77
35.	VERBANDMATERIAL.....	81
99.	VERSCHIEDENES .....	98

**01. ABSAUGGERÄTE**

Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**01.01 Milchpumpen**

Bei voraussichtlich längerer Therapieanwendung wird ein Kauf empfohlen.

Limitation (Mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein.):

- kindlicherseits:
  - bei Frühgeborenen
  - bei trinkschwachen Säuglingen
  - bei Fehlbildungen
  - bei organischen Erkrankungen
- stillende Mutter mit:
  - wunden Brustwarzen
  - Entzündungen
  - Milchstau
  - vorübergehender medikamentöser Behandlung
  - vermehrter oder verminderter Muttermilchbildung
- bei medizinisch bedingter Trennung von Mutter und Kind

Ein Zubehörset ist beim Kauf einer elektrischen Milchpumpe inbegriffen. Bei der Miete muss ein Zubehörset gekauft werden. Bei einer medizinischen Indikation (z.B. Änderung der Grösse der Brustwarze) und bei jedem Kind, ist das Zubehörset zu ersetzen und erneut zu vergüten.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
01.01.01.00.1	L	Milchpumpe, handbetrieben, Kauf  Limitation: siehe Pos. 01.01	1 Stück	47.00	01.01.1996 01.04.2020	B,C
01.01.02.00.1	L	Einzelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf  Limitation: siehe Pos. 01.01	1 Stück	175.00	01.04.2020	N
01.01.03.00.1	L	Doppelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf  Limitation: Ausschliesslich bei Frühgeborenen	1 Stück	340.00	01.04.2020	N
01.01.03.00.2	L	Milchpumpe (Einzels- oder Doppelmilchpumpe), elektrisch, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe Pos. 01.01</li> <li>• Max. Mietdauer: 8 Wochen</li> <li>• In medizinisch begründeten Fällen kann die Mietdauer maximal um weitere 8 Wochen verlängert werden.</li> </ul>	Miete/Tag	2.30	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021	B,C C
01.01.04.00.1	L	Zubehörset (Flasche, Abpumphaube mit Verbindungsstück, Adapter, Schlauch) zu Milchpumpe, elektrisch Anwendbar mit Pos. 01.01.02.00.1, 01.01.03.00.1 und 01.01.03.00.2  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe Pos. 01.01</li> <li>• Bei Frühgeborenen kann bis maximal das Doppelte des genannten Höchstvergütungsbetrages vergütet werden</li> </ul>	1 Set	27.75	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021	B,C B,C

**01.02 Absauggeräte für Atemwege**

Für voraussichtlich kurzdauernde Therapien bei progredienten Erkrankungen wird üblicherweise die Miete genutzt. Bei absehbarer Langzeittherapie bei voraussichtlich stabilen Erkrankungen ist ein Kauf wirtschaftlicher.

Hand-, Fuss- oder Notfallpumpen können nicht über die Positionen des Kapitels 01.02 vergütet werden.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
01.02.02.00.1	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10l/\text{Min.}$ , Kauf  Limitation: Max. 1 Gerät alle 5 Jahre	1 Stück	1'050.00	01.01.2021	N
01.02.02.00.2	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10l/\text{Min.}$ , Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. Mietdauer 6 Monate</li> <li>• In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, die Mietdauer um bis zu 6 Monate verlängert werden.</li> </ul>	Miete / Tag	0.92	01.01.2021	N
01.02.05.00.1		Verbrauchsmaterial zu Absauggerät für Atemwege (Absaugschlauch, Verbindungsschlauch, Filter und Fingertip) Anwendbar mit Pos. 01.02.02.00.1 und 01.02.02.00.2	pro Jahr (pro rata)	106.00	01.01.2021	N
01.02.10.00.1		Absaugkatheter zu Absauggerät für Atemwege Anwendbar mit Pos. 01.02.02.00.1 und 01.02.02.00.2	1 Stück	0.63	01.01.2021	N

**01.03 Absaugsystem für Pleuraerguss und Ascites**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
01.03.01.01.1		Set für Ascites oder Pleura-Drainage (inkl. Verbindungsschlauch)	1 Set	52.15	01.01.2012 01.04.2020	B,C
01.03.02.01.1		Verbindungsschlauch zur Spülung des Katheters, steril	1 Stück	22.00	01.01.2012 01.04.2020	B,C
01.03.02.02.1		Sicherheitsklemme, unsteril	1 Stück	13.90	01.01.2012 01.04.2020	B,C

**03. APPLIKATIONSHILFEN**

Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**03.01 Applikationshilfen für die künstliche Ernährung**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
03.01.01.00.1		Transnasale Sonde	1 Stück	18.00	01.01.1996	
03.01.02.00.1		Überleitungsgerät zur Schwerkraftapplikation	1 Stück	8.60	01.01.1996	

**03.02 Insulinpumpen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
03.02.01.00.2	L	<p>Insulinpumpen-System, Miete Pauschale für Insulinpumpe (inkl. allfällige Notfallpumpenlieferung und Serviceleistungen), Zubehör und Verbrauchsmaterial (Infusions-Set/Katheter, Bauchgurte, Tragsysteme, Ampullen)</p> <p>Anteile Pauschale/Tag für Insulinpumpe CHF 3.65, für Verbrauchsmaterial CHF 6.42 (Diese Aufteilung kommt aus technischen Gründen nicht für das System der Patch-Pumpe zur Anwendung).</p> <p>Limitation: Zur Insulintherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei labilem Diabetes und / oder wenn die Einstellung auch mit der Methode der Mehrfachinjektionen medizinisch unbefriedigend ist</li> <li>• Indikationen des Pumpeneinsatzes und Betreuung des Patienten/ der Patientin durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie/Diabetologie oder durch ein qualifiziertes Zentrum mit mindestens einem Facharzt/einer Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie.</li> </ul>	Pauschale / Tag	10.07	01.07.2018	B,C



**03.03 Infusionspumpen**

Limitation: Zur Zytostatika-, Antibiotika-, Schmerz-, Chelatbildner-, Parkinson-, Prostaglandintherapie sowie für die parenterale Ernährung.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
03.03.01.00.1	L	Infusionspumpe, für Volumen von 3-20 ml, tragbar, Kauf  Limitation: siehe 03.03.	1 Stück	2'295.00	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.00.2	L	Infusionspumpe, für Volumen von 3-20 ml, tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	9.00	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.01.3		Ampulle zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	3.50	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.02.3		Infusionsset mit Nadel zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	7.20	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.03.3		Infusionsset mit Teflonkanüle zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.90	01.01.2001 01.04.2019	C
03.03.01.04.3		Batterie zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.90	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.05.3		Gewindestange zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	18.00	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.06.3		Adapter zur Fixation an Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.00	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.02.00.2	L	Infusionspumpe für Volumen von 50/100 ml, tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	16.20	01.01.1997	
03.03.02.01.2		Medikamentenkassette 50 ml Nicht wiederverwendbar.	1 Stück	37.80	01.01.1997	
03.03.02.02.2		Medikamentenkassette 100 ml Nicht wiederverwendbar.	1 Stück	49.50	01.01.1997	
03.03.02.03.2		Remote Reservoir Adaptor Cassette	1 Stück	40.50	01.01.1997	
03.03.02.04.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	8.10	01.01.1997	
03.03.02.05.2		Batterie zu Infusionspumpe 50/100 ml	1 Stück	6.30	01.01.1997	
03.03.02.06.2		Nadel	1 Stück	0.45	01.01.1997	
03.03.03.00.2	L	Infusionspumpe für grössere Volumen, nicht tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	7.20	01.01.1997	
03.03.03.01.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	1.90	15.07.2015	N
03.03.04.00.2	L	Infusionspumpe mechanisch oder nur teilweise programmierbar, Miete exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	2.00	01.01.1997	
03.03.04.01.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	1.90	15.07.2015	C
03.03.05.00.2		Pumpe zur pulsatilen Hormonverabreichung, Miete	Miete/Tag	9.00	01.01.1996	
03.03.06.00.1		Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin- Heim-Therapie, Kauf	1 Stück	2'840.00	01.08.2007	
03.03.06.01.1		Infusionsset mit Nadel zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	25 Stück	245.00	01.08.2007	

03.03.06.02.1		Reservoir 20 ml zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	50 Stück	95.00	01.08.2007	
03.03.06.03.1		Pauschale für die Erstinstruktion (Instruktion, Aufbereitung, Transport), einmalige Instruktion bei Therapiebeginn durch Pflegefachperson	Pauschale	320.00	01.08.2007	

**03.04 Material für Infusionstherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.04.01.00.1		Infusionsschlauch normal	1 Stück	4.10	01.01.1997	
03.04.02.00.1		Infusionsschlauch schwarz	1 Stück	6.30	01.01.1997	
03.04.04.00.1		Luer-lock-Spritze	1 Stück	0.45	01.01.1997	
03.04.05.00.1		Nadel	1 Stück	0.45	01.01.1997	

**03.05 Injektionshilfen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.05.01.00.1		Insulin-Wegwerfspritzen mit Nadel	100 Stück	44.40	01.03.2018	B
03.05.02.00.1		Wegwerfspritze mit Nadel	1 Stück	0.30	01.03.2018	B
03.05.03.00.1	L	Pen zur Injektion von Insulin, ohne Nadel  Limitation: 1 Pen pro Insulinpräparat, alle 2 Jahre	1 Stück	71.40	01.03.2018	B
03.05.03.01.1		Injektionsnadel zu Pen	100 Stück	30.00	01.03.2018	B
03.05.20.00.1	L	Pen für verschiedene Medikamente verwendbares Injektionshilfegerät  Limitation: 1 Pen pro zu injizierendes Präparat, alle 2 Jahre	1 Stück	94.75	01.03.2018	B

**05. BANDAGEN****05.02 Sprunggelenk**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.02.01.00.1		Knöchelstütze (elastische Kompression, ohne Pelotten und Stützelementen)	1 Stück	18.00	01.08.2016	C
05.02.02.00.1		Sprunggelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) zur Sprunggelenkweichteil-/ Achillessehnenkompression.	1 Stück	90.00	01.01.1999	
05.02.03.00.1		Sprunggelenk-Funktionssicherungsbandage	1 Stück	108.00	01.01.1999	
05.02.04.00.1		Sprunggelenk-Stabilisierungsbandage mit verstärkenden Stützelementen	1 Stück	126.00	01.08.2016	C
05.02.05.00.1		Ristband	1 Stück	18.00	01.10.2018	N

**05.04 Knie**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.04.02.00.1		Kniekompressionsbandage mit Pelotte(n), z.B. Patella-, Patellasehnenbandagen.	1 Stück	94.50	01.01.1999	
05.04.03.00.1		Knieführungsbandage	1 Stück	144.00	01.01.1999	
05.04.04.00.1		Knieführungsbandage mit Flexions-/ Extensionsbegrenzung	1 Stück	522.00	01.01.1999	
05.04.05.00.1		Kniestabilisierungsbandage	1 Stück	162.00	01.01.1999	
05.04.06.00.1		Kniekappe	1 Stück	18.00	01.10.2018	N

**05.06 Hüfte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.06.01.00.1		Hüftdysplasie-/Luxationsbandagen Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST oder gemäss Positionen Tarif Handelsware UV/MV/IV, in der Fassung vom 1. Januar 2019			01.01.2017 01.07.2019	C C

**05.07 Hand**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.07.01.00.1		Daumensattelgelenkbandage	1 Stück	63.00	01.01.1999	
05.07.02.00.1		Handgelenkbandage ohne Schiene	1 Stück	22.50	01.01.1999	
05.07.03.00.1		Handgelenkbandage mit Schiene	1 Stück	45.00	01.01.1999	
05.07.04.00.1		Handgelenk-Stabilisierungsbandage mit Finger- und Daumenteil	1 Stück	108.00	01.01.1999	
05.07.05.00.1		Handgelenkband	1 Stück	11.20	01.10.2018	N

**05.08 Ellenbogen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.08.01.00.1		Epicondylitisbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	54.00	01.01.1999	
05.08.02.00.1		Epicondylitisbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	90.00	01.01.1999	
05.08.03.00.1		Epicondylitisspange mit Pelotte(n)	1 Stück	58.50	01.01.1999	

**05.09 Schulter**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.09.01.00.1		Schulterbandage (Gilchristverband)	1 Stück	97.00	01.01.1999	
05.09.02.00.1		Schlüsselbeinbandage (Rucksackverband)	1 Stück	46.00	01.01.1999	

**05.10 Arm**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.10.01.00.1		Armtraggurten Kinder, 35 mm	1 Stück	5.60	01.10.2018	N
05.10.02.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 35 mm	1 Stück	6.10	01.10.2018	N
05.10.03.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 45/50 mm	1 Stück	8.80	01.10.2018	N

**05.11 Leib / Rumpf**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.11.01.00.1		Rippenbruchbandage (Rippengürtel)	1 Stück	31.50	01.01.1996	
05.11.02.00.1		Symphysenbandage	1 Stück	153.00	01.01.1999	
05.11.10.00.1		Bauchbandage, Höhe 25 cm	1 Stück	45.00	01.01.1997	
05.11.11.00.1		Bauchbandage, Höhe 32 cm	1 Stück	58.50	01.01.1997	
05.11.20.00.1	L	Sternum Stützbandage (Stützweste) mit anterior- posteriorer Stabilisation  Limitation: Nur nach Sternotomien	1 Stück	260.00	01.01.2012	

**05.12 Halswirbelsäule**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.12.01.00.1		Halskragen, anatomisch	1 Stück	45.00	01.01.1999	
05.12.02.00.1		Halskragen, anatomisch mit Verstärkung	1 Stück	88.00	01.01.1999	

**05.13 Brustwirbelsäule**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.13.01.00.1		Brustwirbelsäulen-Bandage	1 Stück	94.50	01.01.1999	

**05.14 Lendenwirbelsäule**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.14.01.00.1		Lumbalbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	115.00	01.01.1999	
05.14.02.00.1		Lumbalbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	171.00	01.01.1999	
05.14.03.00.1		Lumbalstützbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	180.00	01.01.1999	
05.14.04.00.1		Lumbalstützbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	265.00	01.01.1999	

**05.20 Tape starr / elastisch**

Tapes bestehen aus einem Baumwollgewebe (Tape starr) oder aus einem Mischgewebe (Tape elastisch).

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
05.20.01.00.1		Tape starr Breite 2 cm	pro m	0.65	01.10.2018	N
05.20.02.00.1		Tape starr Breite 3.75 cm	pro m	0.95	01.10.2018	N
05.20.03.00.1		Tape starr Breite 5 cm	pro m	1.45	01.10.2018	N
05.20.04.00.1		Tape elastisch Breite bis 3 cm	pro m	2.60	01.10.2018	N
05.20.05.00.1		Tape elastisch Breite bis 5 cm	pro m	4.00	01.10.2018	N
05.20.06.00.1		Tape elastisch Breite bis 7.5 cm	pro m	3.85	01.10.2018	N
05.20.07.00.1		Tape elastisch Breite bis 10 cm	pro m	4.85	01.10.2018	N

**06. BESTRAHLUNGSGERAETE**

Geräte reparaturen sind in der Miete inbegriffen. Geräte reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**06.01 Lichttherapie**

Die saisonale Depression kann durch eine Lichttherapie mittels Lampe behandelt werden. Die Wirkung der Therapie erfolgt durch die Aufnahme des Lichtes über die Netzhaut der Augen, ohne Notwendigkeit direkt in die Lichtquelle zu schauen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
06.01.01.00.1	L	Lampe zur Lichttherapie, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei saisonaler Depression (Seasonal Affective Disorder, SAD).</li> <li>• Geräte voraussetzungen: Lichtintensität von 10'000 Lux bei einem Abstand zur Lampe von <math>\geq 30</math> cm</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	300.00	01.01.2017 01.10.2020	B B,C
06.01.01.00.2	L	Lampe zur Lichttherapie, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei saisonaler Depression (Seasonal Affective Disorder, SAD).</li> <li>• Geräte voraussetzungen: Lichtintensität von 10'000 Lux bei einem Abstand zur Lampe von <math>\geq 30</math> cm</li> <li>• Max. Mietdauer 1 Monat.</li> </ul>	Miete/Tag	1.00	01.01.1998 01.10.2020	B,C

**09. ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTE**

Geräte reparaturen sind in der Miete inbegriffen. Geräte reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**09.01 Iontophorese-Geräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
09.01.01.00.1	L	Leitungswasser-Iontophorese-Gerät inkl. Palmoplantares Zubehör.  Limitation: Bei palmoplantarer/axillärer Hyperhidrosis ohne Ansprechen auf die übliche topische Behandlung; bei vorgängig unter ärztlicher Kontrolle nachgewiesener, individueller Wirksamkeit und Therapieeinstellung. Einmalige Abgabe pro Person.	1 Stück	723.00	01.01.2000 01.10.2019	B
09.01.01.01.1	L	Achselektrode mit Schwammtasche zu Iontophoresegerät  Limitation: Einmalige Abgabe pro Person	1 Paar	58.75	01.01.2000 01.10.2019	B,C

**09.02 Nervenstimulationsgeräte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
09.02.01.00.1	L	<p>Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Kauf Zur Schmerztherapie.</p> <p>Limitation: Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt oder der Chiropraktor auf deren Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit des TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben.</li> <li>• Der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt empfohlen haben.</li> <li>• Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen;</li> <li>• Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome;</li> <li>• Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen; so z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernienoperation oder Carpal tunneloperation.</li> </ul> </li> </ul>	1 Stück	270.00	01.01.2018	C
09.02.01.00.2	L	<p>Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Miete Zur Schmerztherapie. Miete mindestens für 10 Tage.</p> <p>Limitation: siehe Pos. 09.02.01.00.1</p>	Miete/Tag	1.30	01.01.1996	



**09.03 Tragbarer Defibrillator (Wearable Cardioverter Defibrillator, WCD)**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
09.03.01.00.2	L	<p>Weste mit Defibrillator Inkl. Schulung, 24h Notfallservice, Wiederaufbereitung. Miete max. 30 Tage Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tagen hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• als vorübergehende Therapiemassnahme, wenn eine Implantation eines implantierbaren kardioverten Defibrillators (ICD) nicht sofort möglich ist oder bei Patienten mit einer geplanten Herztransplantation und</li> <li>• bei hohem Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand, insbesondere bei ventrikulärer Dysfunktion, Kardiomyopathie, Status nach Myokardinfarkt, Myokarditis, Patienten nach chirurgischer oder perkutaner Revaskularisierung, einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) &lt; 35%</li> </ul> <p>In Evaluation bis 31.12.2021</p>	Miete/Tag	124.00	01.01.2018 01.01.2019	C,V V

**09.04 Geräte zur Erzeugung und Anwendung von Tumortherapiefeldern**

Die Tumortherapiefelder sind elektrische Wechselfeldspannungsfelder zur regionalen Behandlung von Tumoren.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
09.04.01.00.2	L	<p>Tumortherapiefelder (TTFields) zur Behandlung des neu diagnostizierten Glioblastoms, inkl. Keramikgelpads mit Keramikisolatoren für einen Durchschlagspannungswiderstand von mindestens 4'000 Volt, mit Temperatursensoren und Feldgeneratoren zur Regelung der Energie der Isolatoren; inkl. Serviceleistungen und Wartungsarbeiten</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikationen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Versicherte ab 18 Jahren</li> <li>• Karnofsky-Performance-Score von mind. 70</li> <li>• Therapiebeginn: 4-7 Wochen nach Radiochemotherapie</li> <li>• Nur in Kombination mit begleitender Temozolomid-Erhaltungstherapie</li> <li>• Keine Tumorprogression nach der adjuvanten Radiochemotherapie</li> </ul> </li> <li>• Vergütungsvoraussetzungen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütungsstopp sobald Tumorprogression</li> <li>• Keine Vergütung beim Einsatz bei Rezidiv-Glioblastom</li> <li>• Nach 3 Monaten (und regelmässig in der weiteren Behandlung) muss der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin eine Beurteilung der Compliance vornehmen; bei unzureichender Compliance (Tragedauer von mind. 18 Stunden / Tag nicht erfüllt) darf die Therapie nicht mehr vergütet werden</li> <li>• Verschreibung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für medizinische Onkologie</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, danach jährliche Erneuerung der Kostengutsprache.</li> </ul> </li> <li>• Erstinstruktion und Sicherstellung der Behandlung (inkl. Compliance-Kontrolle) durch Anbieter</li> <li>• Max. vergütete Behandlungsdauer: 2 Jahre</li> </ul> <p>In Evaluation bis 30.06.2024</p>	Miete / Monat	14'320.00	01.04.2021	N

**10. GEHILFEN****10.01 Hand- / Gehstöcke**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
10.01.01.00.1		Krücken für Erwachsene, ergonomischer Griff, Kauf	1 Paar	25.00	01.07.2017	N
10.01.01.01.1	L	Krücken für Erwachsene, anatomischer- / orthopädischer Griff, Kauf  Limitation: Notwendigkeit einer länger andauernden Entlastung (min. 1 Monat)	1 Paar	56.00	01.07.2017	N
10.01.01.02.1		Kinderkrücken (Krücken für kleine Körpergrößen), Kauf	1 Paar	52.00	01.01.2018	C
10.01.01.02.2	L	Kinderkrücken (Krücken für kleine Körpergrößen), Miete 1 Paar  Limitation: Maximale Mietdauer 8 Wochen, nach Ablauf gehen die Krücken als Eigentum automatisch an die versicherte Person über.	Miete/Tag	1.00	01.01.2018	C
10.01.01.03.2		Kinderkrücken (Krücken für kleine Körpergrößen), Grundgebühr bei Miete	Grund- gebühr	6.30	01.01.2018	C

**10.02 Höhenausgleich bei Gips und Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
10.02.01.00.1	L	Höhenausgleichssohle (inkl. mehrstufige) bei Gips und Orthesen  Limitation: 1 Stück pro Behandlungsfall	1 Stück	39.00	01.01.2015 01.01.2021	N C

**13. HOERHILFEN****13.01 Hörgeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
13.01.01.00.1		Hörgerät Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Indikationsstufen) der AHV/IV.			01.07.2001 01.07.2019	C
13.01.01.01.1		Batterien zu Hörgerät, monaurale Versorgung Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Hörgeräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres).	pro Jahr	60.00	01.07.2010 01.07.2019	C
13.01.01.02.1		Batterien zu Hörgerät, binaurale Versorgung Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Hörgeräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres).	pro Jahr	120.00	01.07.2010 01.07.2019	C
13.01.01.03.1		Batterien, Service und Unterhalt für implantierte Hörhilfe (u.a. Cochlea-Implantate). Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Geräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres). Auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, kann bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages vergütet werden.	pro Jahr	436.00	15.07.2015 01.07.2019	C C

## 14. INHALATIONS- und ATEMTERAPIEGERÄTE

Geräte reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

### 14.01 Inhalationsgeräte

Inhalationsgeräte dienen zur Applikation von therapeutischen Aerosolen in die Luftwege (Inhalation). Alle Gerätesysteme bestehen aus einem elektrischen Grundgerät und dem eigentlichen Vernebler, in dem aus einer flüssigen Lösung ein Aerosol mit umschriebener Tröpfchengrösse und -masse erzeugt wird. Dieses Aerosol wird durch den Patienten über Mundstück oder Maske inhaled. Folgende Gerätetechnologien sind verfügbar.

#### a) Kompressor Geräte oder "Jet-Nebulizer"

Die Geräte bestehen aus einem elektrisch betriebenen Kompressor und dem eigentlichen Vernebler, die mit einem Anschlusschlauch miteinander verbunden sind. Komprimierte Luft wird durch den Kompressor erzeugt. Das Aerosol wird im Vernebler mittels eines Luftstromes ("jet") und dem Venturi Effekt aus einer flüssigen Lösung erzeugt.

#### b) Ultraschall-Technologie

Die Geräte bestehen aus einem elektrisch betriebenen Grundgerät und dem eigentlichen Vernebler. Das Aerosol wird mittels elektrisch erzeugter hochfrequenter Ultraschallwellen und einem piezoelektrischen Element auf der Oberfläche der Flüssigkeit erzeugt.

#### c) Mesh-Technologie

Die Geräte bestehen aus einem elektrisch betriebenen Grundgerät und dem eigentlichen Vernebler. Letzterer besteht bei gewissen Produkten aus einem separierbaren Aerosolherzeuger, der mit mehreren Medikamentenverneblern verwendet werden kann. Im Aerosolherzeuger wird die zu inhalierende Flüssigkeit durch eine Netzstruktur ("mesh") mit Poren im Mikrometerbereich getrieben und damit ein Aerosol generiert oder die perforierte Membran wird in Schwingung versetzt, um das Aerosol zu erzeugen. Gegenüber Ultraschallverneblern werden geringere Frequenzen verwendet, so dass auch chemisch oder physikalisch empfindlichere Wirksubstanzen angewendet werden können.

Die Wirksamkeit einzelner therapeutischer Aerosole wurde nur mit bestimmten Aerosol-Geräten oder Verneblern geprüft. Der verordnete Aerosol-Apparat und Vernebler muss laut Fachinformation des Medikaments für dessen Applikation geeignet sein.

Ein Schlauch und ein Vernebler sind beim Kauf eines Aerosol-Apparates als Verbrauchsmaterial inbegriffen. Vernebler sind bei regelmässigem Gebrauch in der Regel 1x/Jahr zu ersetzen oder sofern das Grössenwachstum des Kindes dies erforderlich macht.

Die beste Wirksamkeit der Inhalation für die tiefen Atemwege wird über ein Mundstück erreicht. Bei Kindern, bei koordinativ eingeschränkten Personen oder bei Inhalation für die oberen Atemwege kann eine Maske eingesetzt werden.

Bei einer Langzeittherapie ist direkt ein Kauf angebracht. Die Miete eignet sich bei einer kurzen Nutzung wie z.B. einer obstruktiven Bronchitis.

Gesichtssaunen und Luftbefeuchter erfüllen den Verwendungszweck von Aerosol-Geräten nicht und sind hier nicht subsumiert.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.01.01.00.1	L	Aerosol-Apparat, Kauf komplett, inkl. original passender Vernebler  Limitation: 1 Gerät alle 5 Jahre.	1 Stück	195.00	01.01.1999 01.07.2020	B,C
14.01.01.00.2	L	Aerosol-Apparat, Miete (inkl. Erstinstruktion, Erstinstitution) exkl. Vernebler  Limitation: Miete max. 90 Tage	Miete/Tag	0.20	01.07.2010 01.07.2020	B,C
14.01.01.01.3		Vernebler (inkl. Schlauch) zu Aerosol-Apparat Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.03.00.1 bis 14.01.03.02.3	1 Stück	39.45	15.07.2015 01.07.2020	B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.01.01.02.3		Vernebler mit Mesh-Technologie (inkl. Aerosolerzeuger und Schlauch) zu Aerosol-Apparat Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.03.00.1 bis 14.01.03.02.3	1 Stück	99.65	01.07.2020	N
14.01.01.03.2		Pauschale für Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung des Aerosol-Apparates (Pos. 14.01.01.00.2) Diese Position wird pro Miete einmalig bei Rücknahme vergütet.	Pauschale	25.00	15.07.2015 01.07.2020	C B,C
14.01.03.00.1	L	Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie, Kauf komplett, inkl. original passender Vernebler und Aerosolerzeuger  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Applikation von Medikamenten in die unteren Atemwege, welche gemäss Fachinformation des Medikamentes nur zur Verwendung mit diesem spezifischen Aerosol-Apparat zugelassen sind.</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie</li> <li>• 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	1'115.00	01.01.2010 01.07.2020	B,C
14.01.03.00.2	L	Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie (inkl. Rücknahme und Wiederaufbereitung des Geräts), Miete exkl. Vernebler und Aerosolerzeuger  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Applikation von Medikamenten in die unteren Atemwege, welche gemäss Fachinformation des Medikamentes nur zur Verwendung mit diesem spezifischen Aerosol-Apparat zugelassen sind.</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie</li> </ul>	Miete/Tag	1.00	01.07.2020	N
14.01.03.01.3		Vernebler und Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.01.00.1 bis 14.01.01.03.2	1 Stück	130.00	01.01.2010 01.07.2020	B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.01.03.02.3		Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.01.00.1 bis 14.01.01.03.2	1 Stück	86.00	01.01.2010 01.07.2020	B,C
14.01.04.00.1	L	Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie (*FAVORITE=Flow and Volume Regulated Inhalation Technology) Elektronische Steuereinheit mit Display inkl. Druckluftkompressor zur Aerosolerzeugung, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur bei folgenden Indikationen: Cystische Fibrose (CF) und Primäre Ciliäre Dyskinesie (PCD) mit chronisch bakterieller Lungentzündung durch Pseudomonas aeruginosa</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Für das entsprechende Gesuch ist darzulegen, welche Kosteneinsparungen der inhalierten Medikamente zu erwarten sind und ob damit der Mehrpreis gegenüber alternativen Inhalationsgeräten über eine Zeitdauer von 5 Jahren amortisiert werden kann.</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	3'658.40	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020	C C
14.01.04.00.2	L	Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie, Miete  Limitation: siehe 14.01.04.00.1	Miete/Tag	2.40	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020	C B,C
14.01.04.01.1		Verbrauchsmaterial und Hygieneartikel für Aerosol-Apparat mit FAVORITE-Technologie: 2 x druckluftdichter Aerosolerzeuger, n x SMART CARD (Medikamenten- und Dosis-Spezifischen Chipkarte(n) - Programmierung entsprechend der ärztlichen Verordnung, gleicher Preis unabhängig von der Anzahl der benötigten Karten), 1 x Luftfilter für elektronische Steuereinheit, 1 x Nasenklemme	pro Jahr (pro rata)	322.80	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020	C C
14.01.30.10.3		Maske zu Aerosol-Apparat	1 Stück	6.00	01.07.2020	N
14.01.30.11.3		Silikonmaske zu Aerosol-Apparat  Limitation: Bei Versicherten mit ungenügendem Mundschluss (z.B. Kinder vor Erlernen des Mundschlusses) oder mit multipler Behinderung (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS))	1 Stück	20.95	01.08.2016 01.07.2020	B,C

**14.02 Vorschaltkammern zu Dosieraerosolen**

Vorschaltkammern sind Geräte, die in Kombination mit Dosieraerosolen eine optimale Verteilung des Aerosols in einem geschlossenen Gefäss (Kammer) erzeugen, so dass mehr Wirkstoff in die Lunge gelangt. Sie werden insbesondere bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen eingesetzt, bei denen eine korrekte Anwendung infolge eingeschränkter Kooperations- oder Koordinationsfähigkeiten nicht gewährleistet werden kann.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.02.02.00.1		Vorschaltkammer inkl. Mundstück für Dosieraerosole	1 Stück	34.30	01.01.2016 01.07.2020	C B,C
14.02.03.00.1		Vorschaltkammer inkl. Maske für Dosieraerosole	1 Stück	38.50	01.07.2020	N
14.02.04.00.1		Maske zu Vorschaltkammer Anwendbar mit Pos. 14.02.02.00.1	1 Stück	7.90	01.01.1999 01.07.2020	B,C



**14.03 Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation**

Die Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation erleichtern oder ermöglichen das Abhusten von Sekret.

Mit dem PEP-Gerät (Positive Expiratory Pressure) wird bei der Ausatmung über den Mund ein positiver Druck in den Atemwegen erzeugt und somit Sekret mobilisiert.

Die Atemtherapiegeräte zum Atemmuskel-Krafttraining fördern mit einer verbesserten Atemmuskulatur die Sekretmobilisation und den Hustenstoss und steigern somit die Leistungsfähigkeit von lungenerkrankten Versicherten.

Geräte mit variabler Schwelle (threshold) zum in- und/oder expiratorischen Training: Bei diesem Training muss zunächst Kraft aufgewendet werden, um ein Ventil zu öffnen, um danach mit diesem erhöhten gleichbleibenden Widerstand ein- und/oder auszuatmen.

Der mechanische In- und Exsufflator ermöglicht Versicherten mit einem zu schwachen oder fehlenden Hustenstoss das Abhusten von Sekret. Hierzu wird über eine Maske, Mundstück oder das Tracheostoma ein schneller Druckwechsel erzeugt, welcher einen hohen expiratorischen Fluss aus den Lungen verursacht und so einen Hustenstoss simuliert. Bei stabilen Erkrankungen und voraussichtlich langfristiger Therapie soll das Gerät gekauft werden. Die Miete ist für Betroffene von progredienten Erkrankungen und bei Therapiebeginn zunächst unklarer oder vermutlich kurzer Dauer der Anwendung vorgesehen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.03.01.00.1		PEP (Positive Expiratory Pressure) Gerät zur Erzeugung von kontrollierten, positiven Druckschwankungen	1 Stück	40.00	01.01.1999 01.10.2020	B,C
14.03.05.00.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum Krafttraining der Ein- ODER Ausatemmuskulatur (threshold load), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei krankheitsbedingter dokumentierter Atemmuskelschwäche: restriktive Ventilationsstörung mit herabgesetzter Vitalkapazität in der Spirometrie, verminderter (Husten-) Peak Flow, verminderte maximale inspiratorische/expiratorische Atemdrücke (MIP/MEP). Bei Kindern können obengenannte Techniken durch eine klinische Untersuchung ersetzt werden (z.B.: indirekte Zeichen wie ein glockenförmiger Thorax).</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>• Max. 1 Gerät alle fünf Jahre</li> </ul>	1 Stück	40.00	01.10.2020	N
14.03.05.01.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum gleichzeitigen Krafttraining der Ein- UND Ausatemmuskulatur (threshold load), Kauf  Limitation: siehe Pos.: 14.03.05.00.1	1 Stück	100.00	01.10.2020	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.03.15.00.1	L	Mechanischer In-/Exsufflator, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie oder Paraplegiker-Zentren</li> <li>• Max. 1 Gerät alle fünf Jahre</li> </ul>	1 Stück	7'900.00	01.10.2020 01.01.2021	N C
14.03.15.00.2	L	Mechanischer In-/Exsufflator inkl. Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie oder Paraplegiker-Zentren</li> </ul>	Miete/Tag	5.15	01.01.2018 01.10.2020 01.01.2021	C B,C C
14.03.15.00.3		Verbrauchsmaterial (Maske und Schlauch) für mechanischen In-/Exsufflator Anwendbar mit Pos. 14.03.15.00.1 und 14.03.15.00.2	Pauschale / Tag	1.50	01.10.2020	N
14.03.15.02.1	L	Erstinstallationspauschale für mechanischen In-/Exsufflator inkl. Instruktion  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur bei Durchführung durch einen Techniker des Herstellers oder des Anbieters</li> <li>• Anwendbar mit Pos. 14.03.15.00.1 und 14.03.15.00.2</li> </ul>	Pauschale	400.00	01.08.2007 01.10.2020 01.01.2021	B,C C

#### 14.10 Sauerstofftherapie

Für die Sauerstofftherapie stehen verschiedene, im therapeutischen Nutzen ebenbürtige Systeme zur Verfügung. Abhängig vom Verbrauch, vom Anwendungszeitraum und vom Bedarf für die Mobilität ist jeweils das wirtschaftlichste System zu wählen (weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel 5 der Vorbemerkungen).

Neben vorübergehenden kurzzeitigen Anwendungen, z. B. infolge Entgleisung einer Erkrankung des Herz-Lungen-Systems, gibt es die Indikation für eine kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie mit Sauerstoffinhalation über mindestens 16 Stunden pro Tag bei Vorliegen eines schweren und andauernden Sauerstoffmangels infolge einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006) gelten insbesondere die nachfolgenden Indikationen:

1. Patienten mit chronischer arterieller Hypoxämie infolge einer chronischen Lungenkrankheit in klinisch stabilisiertem Zustand:  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$ .  
Eine gleichzeitige Hyperkapnie stellt grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Sauerstofftherapie dar, sofern das Risiko einer sauerstoffinduzierten Atemdepression ausgeschlossen wurde.
2. Patienten mit sekundärer Polyglobulie und/oder Zeichen des chronischen Corpulmonale,  $\text{PaO}_2 55 - 60 \text{ mmHg} / 7.3 - 8.0 \text{ kPa}$
3. Patienten mit situativen, lang dauernden Hypoxämien:
  - 3.1 die vorwiegend belastungsinduzierte Hypoxämie,  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$ . Bzw.  $\text{O}_2$ -Sättigung  $< 90\%$  mit dem Nachweis einer verbesserten Leistungstoleranz unter Sauerstoffatmung
  - 3.2 das zentrale Schlafapnoe-Syndrom (z. B. Cheyne-Stokes Atmung) mit repetitiven Desaturationen als Alternative zur nichtinvasiven Beatmung

Limitation:

Bei der kontinuierlichen Sauerstoff-Langzeittherapie gilt folgende Limitation:

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

Vorliegen eines andauernden Sauerstoffmangels bei einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung mit gesicherter Diagnose. Grundlagen für die Verschreibung bilden die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006). Sie ist an folgende Voraussetzungen gebunden

- Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt für Pneumologie.
- Vorliegen von Blutgasanalysen innerhalb der letzten 1-3 Monate vor Gesuchsstellung, vorgenommen in Ruhe unter klinisch stabilen Verhältnissen.
- Die Ergebnisse einer spirometrischen Lungenfunktionsprüfung aus dem letzten Monat vor Antragstellung liegen vor.
- Bei Kindern  $< 7$  Jahren ist die Lungenfunktionsprüfung fakultativ und die Blutgasanalysen können durch nicht-invasive Messmethoden ersetzt werden (z.B. transkutane Bestimmungen von  $\text{O}_2$  und  $\text{CO}_2$ ).
- Der maximale Bewilligungszeitraum beträgt 12 Monate.
- Für eine erneute Kostengutsprache sind Indikationen und Behandlungsvoraussetzungen wie bei der Ersten zu prüfen.
- Grund für eine Ablehnung der Bewilligung sind auch gewichtige Argumente, die für eine nicht zureichende Mitarbeit des Patienten sprechen. Bei einer Neubeantragung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.10.00.01.1	L	Transtracheale Katheter  Limitation: Für die Sauerstoff-Langzeittherapie gemäss der Limitation unter Pos. 14.10.	pro Jahr	900.00	01.07.1999	
14.10.00.05.1		Zuschlag für Notfalllieferung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr	pro Lieferung	54.00	01.01.2009	
14.10.00.06.1		Zuschlag für Notfalllieferung zwischen 22.00 und 07.00 Uhr und am Wochenende	pro Lieferung	108.00	01.01.2009	
14.10.01.00.2	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen bis und mit 5 Liter, inklusive Verbrauchsmaterial. Für die mobile Sauerstofftherapie ist die Pos. 14.10.11.00.2 anzuwenden.  Limitation: Maximal 5 Füllungen pro Monat. Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	1 Füllung	42.60	01.07.2012	
14.10.02.00.2	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen, grösser 5 Liter bis und mit 10 Liter, inklusive Verbrauchsmaterial.  Limitation: Maximal 5 Füllungen pro Monat. Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	1 Füllung	45.40	01.07.2012	
14.10.03.00.2	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen, grösser 10 Liter, inklusive Verbrauchsmaterial.  Limitation: Maximal 5 Füllungen pro Monat. Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	1 Füllung	42.80	01.01.2003	
14.10.04.00.2	L	Druckgasflasche, Miete Alle Grössen und Ausführungen, inklusive Wartung.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	Miete/Tag	0.50	01.07.2012	
14.10.04.01.2	L	Druckgas-Integralfflasche, Miete (Flaschen mit integriertem Druckminderer). Alle Grössen und Ausführungen, inklusive Wartung.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	Miete/Tag	0.75	01.07.2012	
14.10.05.00.2	L	Druckminderer, Miete, inklusive Wartung.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	Miete/Tag	0.45	01.01.2001	

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.10.06.00.2	L	Flaschenwagen, Miete, alle Grössen.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	Miete/Tag	0.25	01.01.2001	
14.10.07.00.2		Hauslieferung Druckgasflaschen Die Rücknahme gilt nicht als Lieferung.	pro Lieferung	38.75	01.07.2012	
14.10.08.00.2		Erstinstruktionspauschale für Druckgassystem	Pauschale	54.00	01.01.2001	
14.10.09.00.2		Erstinstallationspauschale bei Hauslieferung für Druckgassystem (inkl. Lieferung)	Pauschale	54.00	01.01.2003	
14.10.10.00.2		Sparventil zu Druckgassystem, Miete inklusive Zubehör, Verbrauchsmaterial, Lieferung und Wartung. Bei Verwendung für die mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung ist die Pos. 14.10.11.00.2 anzuwenden.	Miete/Tag	1.90	01.07.1999	
14.10.11.00.2	L	Mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung Maximalbetrag pro Monat beinhaltet: Flaschenmiete, -füllung, Druckminderer, Flaschenlieferungen, allfälliges Sparventil.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers notwendig. Diese kann erteilt werden bei isolierter anstrengungsabhängiger Hypoxie oder für die Mobilität bei einer kontinuierlichen Sauerstoff-Langzeittherapie gemäss Limitation unter Pos. 14.10.	pro Monat	225.00	01.01.2003	
14.10.11.01.2		Erstinstallationspauschale für die mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung	Pauschale	108.00	01.01.2003	
14.10.20.00.1	L	Sauerstoff-Konzentrator, Kauf  Limitation: Nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers.	1 Stück	2'500.00	01.07.2012	
14.10.20.00.2	L	Sauerstoff-Konzentrator, Miete Inklusive Zubehör, Verbrauchsmaterial, Wartung und Notfallversorgung.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.	Miete/Tag	5.40	01.07.2012	
14.10.20.01.3		Erstinstallationspauschale für Sauerstoff-Konzentrator, inkl. Lieferung.	Pauschale	180.00	01.01.2003	
14.10.20.90.1		Wartungskosten inkl. Verbrauchsmaterial für Sauerstoff-Konzentrator. Bei Kauf. Ab zweitem Jahr.	pro Jahr	270.00	01.01.2003	
14.10.25.00.2	L	Sauerstoff-Konzentrator mit Abfüllsystem für Druckgasflaschen, Miete inklusive Verbrauchsmaterial, Zubehör, Druckgasflaschen (mind. 2 Stück) Sparventil und Wartung.  Limitation: Bei Therapiedauer länger als 3 Monate nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie gemäss der unter der Pos. 14.10. genannten Limitation.	Miete/Tag	14.10	01.01.2003	

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.10.25.01.2		Erstinstallationspauschale für Sauerstoff-Konzentrator mit integriertem Abfüllsystem für Druckgasflaschen, inkl. Lieferung.	Pauschale	288.00	01.01.2003	
14.10.30.00.2	L	<p>Sauerstoff-Flüssiggas-System, Miete Mit stationärem und tragbarem Behälter, Zubehör, Verbrauchsmaterial, Sauerstoff-Füllungen, Lieferung und Wartung.</p> <p>Limitation: Zusätzlich zu den unter der Pos. 14.10 genannten Limitationen gelten folgende Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilität mit regelmässigem täglichem Aufenthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person</li> <li>• Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessungen unter standardisierter Belastung (Blutgasanalysen oder transkutane Oxymetrie) ohne und mit zusätzlicher Sauerstoffzufuhr aus dem letzten Monat vor Antragstellung und eine Beurteilung der Compliance (Therapietreue) liegen vor und belegen den hinreichenden Nutzen der zusätzlichen Sauerstoffzufuhr zur Erlangung der benötigten Mobilität</li> <li>• Sind wegen Veränderungen der Situation die genannten Voraussetzungen der Mobilität nicht mehr gegeben, erlischt die Kostengutsprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungszeitraumes von 12 Monaten</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</li> </ul>	Miete/Monat	774.00	01.01.2018	C
14.10.30.01.2		Erstinstallationspauschale für Flüssiggas-System	Pauschale	216.00	01.01.2003	

**14.11 Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf**

Die Unterkiefer-Protrusionsorthese besteht aus zwei Zahnschienen, welche aufgrund des Zahnabdruckes des Versicherten hergestellt sind und einen Unterkiefervorschub ermöglichen. Damit werden Atemwegswiderstände reduziert und die Atmung des Versicherten verbessert sich. Sie wird meistens eingesetzt bei Versicherten, die unter einer leichten bis mittelgradigen Schlafapnoe leiden.

Gemäss Art. 17 Bst. f KLV und Art. 19 Bst. e KLV übernimmt der Versicherer die Kosten der zahnärztlichen Behandlung.

CPAP-Geräte verhindern bei genügendem Druckaufbau die Kollapsneigung der oberen Luftwege im Schlaf. Die Applikation des einstellbaren Druckes (Fixdruck) oder Druckbereiches (Auto-CPAP) erfolgt durch ein Schlauch- und Maskensystem via natürliche Luftwege.

Geräte zur Servoventilation arbeiten mit einem variablen inspiratorischen Druck, welcher bei jedem Atemzug neu angepasst wird. Dadurch wird eine Adaption an unterschiedliche pathologische Atemmuster im Schlaf ermöglicht.

Bi-Level PAP Geräte ermöglichen durch zwei unterschiedliche Druckniveaus bei Expiration und Inspiration mit/ohne Kombination der Möglichkeit der Steuerung der Atemfrequenz (Modus S, S/T oder T [S = spontan: T = timed]) eine Normalisierung der Atmung bei meist komplexen Atemstörungen im Schlaf.

Limitation: Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie sowie durch SSSSC zertifizierte Zentren für Schlafmedizin (SSSSC = Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology).

Zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms (SAS) mit Indikationsstellung gemäss Kapitel 3.3 der «Empfehlungen der SSSSC zu Diagnose und Therapie der Schlafapnoe» der Version 17.06.2020. Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref). Zur Vergütung des CPAP-, des Servoventilations- und des Bilevel-PAP-Gerätes im Spontanmodus müssen zusätzlich die Kriterien gemäss Kapitel 4.1 und 6.1 dieser Empfehlungen erfüllt sein.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.11.00.01.1	L	Individuell durch Zahntechniker auf Mass hergestellte Unterkiefer-Protrusionsorthese  Limitation: siehe Pos. 14.11. Zusätzlich gelten folgende Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung auch durch Fachärzte und Fachärztinnen für Oto-Rhino-Laryngologie möglich.</li> <li>• Max. 1 Stück alle 3 Jahre</li> </ul>	1 Stück	730.00	01.07.2014 01.01.2021	B,C
14.11.02.00.1	L	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur nach einem dreimonatigen erfolgreichen Therapieversuch in Miete</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre.</li> </ul>	1 Stück	1'223.00	01.01.2017 01.01.2021 01.03.2021	B C B,C
14.11.02.00.2	L	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale / Tag	1.49	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021	C B,C
14.11.02.01.2	L	Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie bei Neuvermietung CPAP-Gerät In Evaluation bis 31.12.2021	Pauschale / 3 Monate	530.00	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021	C B,C
14.11.02.90.1	L	Wartungskosten inkl. Wartungsmaterial für CPAP-Gerät bei Kauf	pro 2 Jahre	135.00	01.01.1999 01.01.2021	C
14.11.03.00.2	L	Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale/ Tag	6.91	01.03.2021	N
14.11.04.00.2	L	Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale/ Tag	2.48	01.03.2021	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.11.05.00.1	L	<p>Verbrauchsmaterial (Schlauchsystem, Masken, Filter, Wasserkammer) für Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. pädiatrische Versicherte) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden. Anwendbar mit Pos. 14.11.02.00.1, 14.11.02.00.2, 14.11.03.00.2, 14.11.04.00.2</p>	pro Jahr	380.00	01.01.1999 01.01.2021 01.03.2021	C B,C
14.11.06.00.1	L	<p>Pauschale für die Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung der Geräte zur Servoventilation und der Bi-Level PAP-Geräte durch Techniker des Herstellers oder Anbieters</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie</li> <li>• Anwendbar mit Pos. 14.11.03.00.2 und 14.11.04.00.2</li> </ul> <p>In Evaluation bis 31.12.2021</p>	Pauschale / 3 Monate	530.00	01.03.2021	N



**14.12 Geräte für die mechanische Heimventilation**

Mit der mechanischen Heimventilation wird eine Erhöhung der alveolären Ventilation mit dem Ziel einer Normalisierung der Blutgaswerte angestrebt.

Limitation: Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie sowie Paraplegiker-Zentren.

Bei einer Therapiedauer von mehr als 6 Monaten ist der Kauf des Stativs indiziert.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.12.02.00.2	L	Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete	Pauschale / Tag	15.55	01.01.2001 01.01.2021	C
14.12.02.01.3	L	Verbrauchsmaterial zu Beatmungsgerät, bi-level, atem- und zeitgesteuert Auf eine ärztliche Begründung hin, können vom Versicherer in speziellen Fällen, wie z.B. bei Bedarf von Spezialmasken, Luftröhrenbeatmung, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden.	pro Jahr	540.00	01.01.2001 01.01.2021	C
14.12.02.90.1		Wartung für Beatmungsgerät, bi-level, atem- und zeitgesteuert Positionen können im Zeitverlauf kumuliert werden (z.B. Wartung alle 2 Jahre zum doppelten Betrag anstelle jährlicher Wartung zum aufgeführten Betrag).	pro Jahr	405.00	01.01.2001	
14.12.03.00.2	L	Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete	Pauschale / Tag	25.20	01.01.2001 01.01.2021	C
14.12.03.01.3		Verbrauchsmaterial für Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert Auf eine ärztliche Begründung hin, können vom Versicherer in speziellen Fällen, wie z.B. bei Bedarf von Spezialmasken, Luftröhrenbeatmung, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden.	pro Jahr	1'260.00	01.07.1999	
14.12.03.90.1		Wartungskosten für Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert Positionen können im Zeitverlauf kumuliert werden (z.B. Wartung alle 2 Jahre zum doppelten Betrag anstelle jährlicher Wartung zum aufgeführten Betrag).	pro Jahr	900.00	01.07.1999	
14.12.05.00.1	L	Beatmungsbeutel, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li> <li>• Anwendbar mit Pos. 14.12.03.00.2</li> </ul>	1 Stück	293.65	01.01.2021	N
14.12.06.00.1	L	Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für pädiatrische Versicherte, welche ein separates Befeuchtungssystem benötigen.</li> <li>• Einmalige Abgabe pro Person</li> </ul>	1 Stück	783.00	01.01.2021	N

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.12.06.00.2	L	Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für pädiatrische Versicherte, welche ein separates Befeuchtungssystem benötigen.</li> <li>• Max. Mietdauer 6 Monate</li> </ul>	Miete/ Tag	0.80	01.01.2021	N
14.12.99.01.2	L	Befeuchter standard, bei nicht-invasiver Beatmung, Miete  Limitation: Zu Heimventilationsgeräten ohne integrierten Befeuchter	Miete/Tag	0.45	01.07.2012 01.01.2021	C
14.12.99.02.2		Befeuchter spezial, bei Beatmung über ein Tracheostoma, Miete  Zu mechanischen Heimventilationsgeräten.	Miete/Tag	3.60	01.01.2001	

**15. INKONTINENZHILFEN****15.01 Aufsaugende Inkontinenzprodukte**

- Enthalten sind aufsaugende Einweg- und Mehrweg-Inkontinenzprodukte, inklusive Unterlagen und Fixierhosen. Urinkondome sind nicht enthalten, sondern werden über eine eigene Position vergütet. Slipeinlagen, Monatsbinden und Penistaschen zur Aufnahme kleiner Ausscheidungsmengen sind von einer Vergütung ausgeschlossen. (Erläuterungen zur Inkontinenz finden sich im Kapitel 5 der Vorbemerkungen unter Punkt 15. Inkontinenzhilfen).

Limitation:

- Ab einer Inkontinenz von mindestens 100 ml/ 4h. Bei leichter Inkontinenz erfolgt keine Rückvergütung durch die obligatorische Krankenversicherung.
- Ab dem vollendeten 41. Lebensmonat. Ausgeschlossen ist die normale infantile Inkontinenz

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.01.01.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	542.00	01.01.2011 01.04.2019	B,C
15.01.02.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für schwere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	1'108.00	01.01.2011 01.04.2019	B,C
15.01.03.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz  In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist.	Pro Jahr (pro rata)	1'579.00	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2020	B,C C

**15.01.04 Aufsaugende Enuresis-Produkte**

15.01.04.00.1	L	Produkte bei Enuresis nocturna: Bettunterlagen und Windelhöschen  Limitation: Bei Kindern nach dem vollendeten 5. Lebensjahr	Pro Jahr (pro rata)	105.00	01.01.2017 01.04.2019	N B,C
---------------	---	--	------------------------	--------	--------------------------	----------

**15.10 Einmalblasenkatheter**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.10.01.00.1		Einmalblasenkatheter ohne Gleitmittel Zur Verwendung des Katheters wird separat zusätzlich ein in die Harnröhre zu instillierendes steriles Gleitmittel benötigt.	1 Stück	0.95	01.01.2005 01.04.2019	B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.10.01.01.1		Einmalblasenkatheter mit flexibler Spitze Zur Verwendung des Katheters wird separat zusätzlich ein in die Harnröhre zu instillierendes steriles Gleitmittel benötigt.	1 Stück	2.25	01.01.2005 01.04.2019	C
15.10.02.00.1		Einmalblasenkatheter mit beiliegendem Hilfsmittel (Beschichtung, Gel oder Lösung) zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	3.65	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.02.01.1		Einmalblasenkatheter mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe) mit beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	5.55	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.03.00.1		Einmalblasenkatheter mit integriertem Urinauffangbeutel und beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	7.60	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.05.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) Der Katheter ist ohne Vorbereitungszeit: „Ready to Use“: Die Gleitschicht muss nicht aktiviert werden	1 Stück	5.35	01.04.2019	N
15.10.06.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit integriertem Urinauffangbeutel	1 Stück	7.75	01.04.2019	N
15.10.07.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe)	1 Stück	5.20	01.04.2019	N

### 15.11 Verweilkatheter

**Limitation:** Nur anzuwenden, wenn externe Urinableiter oder Einmalkatheter aus medizinischen Gründen nicht verwendet werden können.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.11.01.00.1	L	Verweilkatheter Latex	1 Stück	2.35	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.03.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel	1 Stück	4.60	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.04.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel für Kinder	1 Stück	3.35	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.10.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon	1 Stück	14.60	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.11.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon für Kinder	1 Stück	15.80	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.15.00.1	L	Verweilkatheter mit Blockerspritze	1 Stück	11.65	01.04.2019	N
15.11.20.00.1	L	Suprapubischer Katheter	1 Stück	55.70	01.04.2019	N

**15.13 Katheter-Zubehör**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.13.01.00.1		Katheterverschluss	1 Stück	0.35	01.01.1999 01.04.2019	N B
15.13.01.01.1		Katheterventil	1 Stück	27.10	01.04.2019	N
15.13.03.00.1		Beinkatheterspiegel	1 Stück		01.01.1997 01.04.2019	N B
15.13.03.01.1		Lampe zum Katheterspiegel	1 Stück	20.65	01.04.2019	N
15.13.03.02.1		Katheterspiegel mit Lampe	1 Stück	107.00	01.04.2019	N
15.13.05.00.1		Beinspreizer	1 Stück	294.00	01.04.2019	N
15.13.06.00.1	L	Handgriff für Katheter  Limitation: Vergütung nur bei Tetraplegie	1 Stück	95.05	01.04.2019	N
15.13.07.00.1		Penisstütze zur Katheterisierung	1 Stück	11.45	01.04.2019	N
15.13.08.00.1	L	Minimal-Set zur Vorbereitung der Kathetereintrittsstelle ohne Desinfektionsmittel/ohne Gleitmittel. Beinhaltet mindestens Tupfer, sterile Unterlage  Limitation: Bei steril durchzuführendem Katheterismus (intermittierender Einmalkatheterismus oder Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	2.55	01.04.2019	N
15.13.08.01.1	L	Vollständiges Set zur Vorbereitung der Kathetereintrittsstelle. Beinhaltet zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aqua dest./Glycerin-Spritze zum Blocken des Katheters</li> <li>• Gleitmittel</li> </ul> Limitation: Bei steril durchzuführendem Katheterismus (Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	19.30	01.04.2019	N
15.13.11.00.1		Blockerspritze (Füllmedium für Ballon des Verweilkatheters)	1 Stück	5.35	01.04.2019	N
15.13.15.00.1		Steriles, gebrauchsfertiges Spülsystem zur Katheterpflege und intravesikalen Instillation NaCl 0,9%, $\geq$ 100 ml	1 Stück	6.95	01.01.2014 01.04.2019	N B

**15.14 Urin-Beinbeutel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.14.03.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.80	01.01.1999	
15.14.04.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	5.90	01.01.1999 01.04.2019	B
15.14.05.00.1		Urin-Beinbeutel mit Ablauf, steril geschlossenes System mit Tropfkammer	1 Stück	4.80	01.01.1999 01.04.2019	B,C
15.14.06.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, unsteril	1 Stück	4.20	01.08.2007 01.04.2019	B,C
15.14.07.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, steril	1 Stück	5.90	01.08.2007 01.04.2019	B,C
15.14.99.01.1		Beinbeuteltasche	1 Stück	11.60	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.14.99.02.1		Haltebänder für Urinbeutel	1 Paar	14.20	01.01.1999 01.04.2019	B

**15.15 Urin-Bettbeutel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.15.01.00.1		Urin-Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril	1 Stück	0.95	01.01.1999	
15.15.03.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.70	01.01.1999 01.04.2019	B
15.15.04.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	3.65	01.01.1999 01.04.2019	B
15.15.99.01.1		Halterung/Befestigung für Bettbeutel	1 Stück	5.15	01.01.1996 01.04.2019	N B

**15.16 Urinalkondome / Rolltrichter + Klebestreifen und Haftmittel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.16.01.00.1		Urinal-Kondome/Rolltrichter aus Latex, ohne Klebestreifen	1 Stück	1.65	01.01.1998 01.04.2019	B
15.16.02.00.1		Urinal-Kondome/Rolltrichter klebend (auch für Produkte mit beiliegendem Haftstreifen und selbstklebende Produkte)	1 Stück	4.00	01.01.1998 01.04.2019	B,C
15.16.99.01.1		Klebestreifen für Urinalkondome	1 Stück	1.25	01.01.1998 01.04.2019	C
15.16.99.02.1		Doppelseitiges Klebeband für Urinalkondome	1 Stück	2.10	01.04.2019	N
15.16.99.03.1		Kleber Tube für Urinalkondome, 28 g	1 Stück	7.25	01.04.2019	N

**15.17 Anale Irrigation**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.17.01.00.1		Anale Irrigation: Irrigationssystem inkl. Pumpe und Verbrauchsmaterial	pro Jahr (pro rata)	3'900.00	01.07.2011 01.04.2019	B,C

**15.20 Bettnässer-Therapiegeräte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.20.01.01.2	L	Bettnässer-Therapiegerät/Weckapparat, Miete Zur Behandlung der Enuresis bei Kindern.  Limitation: Nach vollendetem 5. Lebensjahr	Miete/Tag	0.30	01.01.2000 01.04.2019	B,C

**15.30 Pessare**

Scheidenpessare korrigieren die Lage der Beckenorgane und führen somit zur Verbesserung der Kontinenzfunktion.

Scheidenpessare können mit warmem Wasser gereinigt und über Monate bis Jahre wiederholt eingefügt werden. Je nach Situation und Anforderungen werden verschiedene Formen wie Ringpessare, Schalen/Siebschalenpessare, Würfelpessare, Urethrapessare etc. verwendet.

Einweg- und Kurzzeitpessare aus speziellen Schaumstoffen, Vinyl und/oder Zellstoff können je nach Material einmalig verwendet oder nach Reinigung mit warmem Wasser über einige Tage bis wenige Wochen wiederholt eingefügt werden. Sie werden meist in Mehrstückpackungen verkauft.

Ausgeschlossen von der Vergütung sind Pessare zur Empfängnisverhütung wie zum Beispiel Intrauterinpessar oder Diaphragma.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.30.01.00.1		Scheidenpessar Aus Silikon, Gummi; alle Formen und Grössen	1 Stück	55.95	01.01.2002 01.04.2019	B
15.30.01.01.1		Scheidenpessar Aus Vinyl; alle Formen und Grössen	1 Stück	16.00	01.04.2019	N
15.30.50.00.1		Einweg- und Kurzzeitpessar, inkl. Produkte zur kurzzeitigen (Tage bis wenige Wochen) Wiederverwendung	1 Stück	9.80	01.01.2002 01.04.2019	B,C

**15.40 Analtampons**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.40.01.00.1		Analtampon	1 Stück	6.70	01.04.2019	N

**16. KÄLTE- und / oder WÄRMETHERAPIE-MITTEL****16.01 Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
16.01.01.00.1	L	Wiederverwendbare Kissen/Kompressen zur Kälte-/ Wärmetherapie, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: Max. 2 Stück pro Jahr	1 Stück	10.60	01.01.1997 01.04.2021	B,C
16.01.02.00.1	L	Wiederverwendbare Kissen/Kompressen zur Kälte-/ Wärmetherapie, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: Max. 2 Stück pro Jahr	1 Stück	18.90	01.01.1997 01.04.2021	B,C



**17. KOMPRESSIIONSTHERAPIE-MITTEL**

Mittel zur Kompressionstherapie umfassen Produkte zur therapeutischen äusseren Druckapplikation bei Venen- und Lymphabflussstörungen sowie Verbrennungsnarben.

„Anti-Thrombose-Strümpfe“ und andere Stützstrümpfe, die nicht die Kriterien für Medizinische Kompressionsstrümpfe der Kompressionsklasse II erreichen, sind keine Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Weitere Nicht-Pflichtleistungen sind insbesondere Kompressionstherapie-Mittel, die zur Leistungssteigerung im Sport, zur Vorbeugung der Reisetrombose und zur rein präventiven Anwendung in der Schwangerschaft vorgesehen sind.

Die Stadien der chronisch-venösen Insuffizienz in den Limitationen sind gemäss CEAP-Klassifikation (clinical, aetiological, anatomical and pathological classification) angegeben.

**17.02 Med. Kompressionsstrümpfe und –Strumpfhosen Kompressionsklasse 2 (23-32mmHg), rundgestrickt**

Limitation:

Vergütung nur bei Abgabe durch eine Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat, der die notwendigen Qualitätsanforderungen beinhaltet (insbesondere Vermessung der Beine, Anprobe und persönliche Beratung bezüglich Handhabung durch qualifiziertes Personal, regelmässige Kontrolle der Masse). Medizinische Kompressionsstrümpfe, die aufgrund einer durch die versicherten Personen selbst erfolgten Vermessung abgegeben werden, sind nicht leistungspflichtig.

Für folgende Indikationen:

- Venöse Beinbeschwerden (Stadien C1, C2, C3 nach CEAP-Klassifikation)
- Chronische venöse Insuffizienz in den ausgeprägten Stadien (C3, C4a, C4b, C5, C6)
- Lymphödem (Grad 1)
- Kardiales Ödem und weitere Ödeme mit internistischer Ursache
- Inaktivitätsödem
- Posttraumatische Ödeme
- Postoperative Anwendung nach orthopädischen Eingriffen
- Postoperative Anwendung nach Lymphknotenchirurgie

Maximal zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr.

Bei einseitiger Versorgung und Versorgung mit Strumpfhosen: Maximal 2 Stück pro Jahr.

Bei postoperativer Anwendung nach orthopädischen Eingriffen und Lymphknotenchirurgie maximal 1 Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr

Rundgestrickt, nach Mass: Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einem Serienstrumpf durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.02.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02.	1 Paar	69.75	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.02.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	178.00	01.04.2019	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.02.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Paar	99.05	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.02.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	01.04.2019	N
17.02.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Paar	100.20	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.02.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	245.00	01.04.2019	N
17.02.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	109.50	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.02.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	290.00	01.04.2019	N
17.02.01.09.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	155.00	01.04.2019	N
17.02.01.10.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	301.00	01.04.2019	N
17.02.01.11.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	43.85	01.07.2019	N
17.02.01.12.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	74.25	01.07.2019	N

**17.03 Med. Kompressionsstrümpfe und-strumpfhosen (MKS), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt**

Limitation:

Vergütung nur bei Abgabe durch eine Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat, der die notwendigen Qualitätsanforderungen beinhaltet (insbesondere Vermessung der Beine, Anprobe und persönliche Beratung bezüglich Handhabung durch qualifiziertes Personal, regelmässige Kontrolle der Masse). Medizinische Kompressionsstrümpfe, die aufgrund einer durch die versicherten Personen selbst erfolgten Vermessung abgegeben werden, sind nicht leistungspflichtig.

Für folgende Indikationen:

Chronische venöse Insuffizienz in den ausgeprägten Stadien (C3, C4a, C4b, C5, C6)

Maximal zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr.

Bei einseitiger Versorgung und Versorgung mit Strumpfhosen: Maximal 2 Stück pro Jahr.

Rundgestrickt, nach Mass: Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einem Serienstrumpf durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.03.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	74.90	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.03.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	182.00	01.04.2019	N
17.03.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	86.65	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.03.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	01.04.2019	N
17.03.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03.	1 Paar	105.45	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.03.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	283.00	01.04.2019	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.03.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Stück	130.00	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.03.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg) rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	292.00	01.04.2019	N
17.03.01.10.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Stück	80.25	01.07.2019	N

**17.05 Spezielle Kompressionsstrümpfe**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.05.01.00.1	L	Unterschenkel-Kompressionsstrumpf-System für die Behandlung beim Ulcus cruris 1 Set mit 1 Strumpf und 2 Unterstrümpfen  Limitation: 2 Sets pro betroffenes Bein und Jahr. Für folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcus cruris (Stadium C6)</li> <li>• chronische venöse Insuffizienz, Stadium C5, wenn eine besonders vulnerable Hautsituation es erfordert und medizinische Kompressionsstrümpfe (gemäss Kapitel 17.02 bis 17.03) nicht benutzt werden können</li> </ul>	1 Set	96.60	01.01.2003 01.04.2019	B,C

**17.12 Anziehhilfen****17.12.01 Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe**

Mechanische Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe sind Produkte, die die Versicherten in die Lage versetzen, Kompressionsstrümpfe bzw. -strumpfhosen selbstständig an- und auszuziehen.

Limitation:

Vergütung sofern der Patient/die Patientin nicht in der Lage ist, den Strumpf selbstständig an- oder auszuziehen.

Vergütung nur bei Abgabe durch eine Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat, der die notwendigen Qualitätsanforderungen beinhaltet (insbesondere Zeigen unterschiedlicher Artikel verschiedener Hersteller im Rahmen einer persönlichen Beratung, sofern keine Einzelproduktverordnung vorliegt; praktische Einweisung der Versicherten in den Gebrauch).

Handschuhe sind von der Vergütung ausgeschlossen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.12.01.00.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Gleithilfen  Limitation: siehe Pos. 17.12.01	1 Stück	39.00	01.04.2019	N
17.12.01.01.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Rahmengestelle / Rollmanschetten  Limitation: siehe Pos. 17.12.01 und Vergütung nur sofern der Patient aufgrund einer eingeschränkten Beweglichkeit keine Gleithilfe verwenden kann.	1 Stück	92.10	01.04.2019	N

**17.15 Kompressionsbandagen Massanfertigung, flachgestrickt**

Flachgestrickte Kompressionsbandagen werden massangefertigt und variieren in der Maschenanzahl pro Reihe. Die einzelnen Kompressionsstrumpfbestandteile werden separat gefertigt und anschließend mit einer Naht zu einem Strumpf vernäht. Das Gewebe flachgestrickter Kompressionsstrümpfe und -bandagen ist relativ gering dehnbar und weist einen hohen Arbeitsdruck auf. Dadurch setzen flachgestrickte Kompressionsversorgungen dem Gewebe einen höheren Druck entgegen als rundgestrickte.

Limitation:

Bei folgenden Indikationen:

- Lymphödem (Grad 2-3)
- Lymphödem mit arterieller Komponente (PAVK)
- Unterleibs-/Genitalödem
- Thoraxwandödem / Brustödem
- Lipödem (Stadium 2-3)
- Lip-Lymphödem (Stadium 2-3)
- Phlebo-Lymphödem (Grad 2-3)
- Inaktivitätsödem wenn Beinform und/oder Volumen es erfordern
- Chron. Ödem nach Revaskularisierung
- Chronische venöse Insuffizienz in den Stadien C5/6, sofern eine rundgestrickte Versorgung aufgrund der Beinmasse nicht möglich ist
- Chronische venöse Insuffizienz bei langfristig immobilen Patienten
- Keloidbehandlung
- Narbentherapie nach Verbrennungen, Verbrühungen oder chirurgischen Eingriffen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.15.01.00.1	L	Bein-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C
17.15.02.00.1	L	Hand-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C
17.15.03.00.1	L	Arm-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C
17.15.04.00.1	L	Leib/Rumpf-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.15.05.00.1	L	Kopf-/Hals-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif- in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C

### 17.20 Apparate zur Kompressionstherapie (IPK)

Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

#### 17.20.01 Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression

Die intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK) wird mit elektrischen Wechseldruckgeräten betrieben. Luft wird intermittierend, d.h. im Wechsel zwischen Druck und Entspannung, in Manschetten mit überlappenden Luftzellen gepumpt. Druckaufbau und -abbau sind zeitlich und der Höhe nach geregelt.

Als ergänzende Behandlungsmaßnahme bei Stauungszuständen, schwerem Lymphödem oder schwerem venösen Ödem an den Extremitäten, bei denen eine kontinuierliche Kompressionstherapie erforderlich ist, jedoch durch die Anwendung von Kompressionsstrümpfen bzw. -strumpfhosen oder Kompressionsverbänden keine ausreichende Entstauung erreicht wird.

Limitation:

- Ungenügender Therapieeffekt trotz voll ausgebauter konventioneller Kompressionstherapie
- oder konventionelle Kompressionstherapie nicht möglich (vorhandene Kontraindikationen) und
- vorgesehene Langzeitanwendung (Die Miete zur wiederkehrenden Kurzzeit-Therapie ist nicht leistungspflichtig.) und
- auf der Verordnung sind die vorgesehenen Behandlungsparameter (Kompressionsdrücke, Inflations-/Deflationszeiten) anzugeben und
- für folgende Indikationen:
  - Chronische venöse Insuffizienz Stadien C4 – C6
  - Lymphödem Grad II-III (primäres und sekundäres Lymphödem)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.20.01.00.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 10-12-Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt und Sofern im Rahmen eines Therapieversuchs von 2-3 Monaten eine Volumenreduktion von $\geq 100$ ml (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann. 1 Gerät max. alle 5 Jahre	1 Stück	2'600.00	01.04.2019	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.20.01.00.2	L	Apparat (10-12-Kammersystem) zur intermittierenden pneumatischen Kompression (exkl. Manschette), Miete inklusive Reinigung bei Rücknahme Miete nur zur Therapie-Evaluation für einen späteren Geräte-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate  Limitation: siehe Pos.: 17.20.01	Miete/Tag	2.60	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.20.01.00.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (10-12-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	520.00	01.04.2019	N
17.20.01.01.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 4-8 Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt und Sofern im Rahmen eines Therapieversuchs von 2-3 Monaten eine Volumenreduktion von $\geq 100\text{ml}$ (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann. 1 Gerät max. alle 5 Jahre	1 Stück	1'450.00	01.04.2019	N
17.20.01.01.2	L	Apparat (4-8-Kammersystem) zur intermittierenden pneumatischen Kompression (exkl. Manschette), Miete inklusive Reinigung bei Rücknahme Miete nur zur Therapie-Evaluation für einen späteren Geräte-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate  Limitation: siehe Pos.: 17.20.01	Miete/Tag	1.85	01.04.2019	N
17.20.01.01.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (4-8-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	270.00	01.04.2019	N



**17.30 Kompressionsverbände**

Für nicht aufgeführte, abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben gilt der Höchstvergütungsbetrag des nach der Fläche nächstliegenden Formates oder der nächstliegenden Volumina oder Gewichtsangabe. In der Mitte liegende Flächen werden der Position des kleineren Formates, in der Mitte liegende Volumina oder Gewichtsangaben der kleineren Position zugewiesen.

**17.30.01 Kompressionsbinden****17.30.01a Elastische Binden, Kompression, Kurzzug**

Elastische Binde mit kurzem Zug (Dehnbarkeit: max. 100%) zur Kompressionstherapie.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.01.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 6 cm x 5 m	1 Stück	7.25	01.10.2018	N
17.30.01.02.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 8 cm x 5 m	1 Stück	9.95	01.10.2018	N
17.30.01.03.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 10 cm x 5 m	1 Stück	12.05	01.10.2018	N
17.30.01.04.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 12 cm x 5 m	1 Stück	14.00	01.10.2018	N

**17.30.01b Elastische Binden, Kompression, Langzug**

Dauerelastische Binden mit langem Zug (Dehnbarkeit über 150%) geeignet für Kompressions-, Stütz- und Entlastungsverbände.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.10.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 8 cm x 7 m	1 Stück	14.70	01.10.2018	N
17.30.01.11.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 10 cm x 7 m	1 Stück	19.05	01.10.2018	N
17.30.01.12.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 12 cm x 7 m	1 Stück	20.80	01.10.2018	N
17.30.01.13.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 15 cm x 7 m	1 Stück	27.20	01.10.2018	N

**17.30.01c Zinkleimbinden**

Gebrauchsfertige Zinkleimbinden zum Anlegen eines Halbstarverbandes welcher als Dauerverband eingesetzt wird.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.20.1		Zinkleimbinden Länge 5m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	13.65	01.10.2018 01.04.2019	N B
17.30.01.21.1		Zinkleimbinden Länge 7m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	18.60	01.10.2018 01.04.2019	N B
17.30.01.22.1		Zinkleimbinden Länge 9m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	24.95	01.10.2018 01.04.2019	N B

**17.30.05 Unterpolsterung****17.30.05a Frotteeschlauch zur Unterpolsterung**

Frotteeschlauch zur Unterpolsterung der Kompressionsbinden. Sorgt für eine gleichmässige Druckverteilung, schont druckempfindliche Regionen, vermeidet Einschnürungen und kann leichte Wickelfehler ausgleichen.

Limitation: Nicht mit Polsterbinde kumulierbar.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.05.01.1		Frotteeschlauch, 4 cm	Pro m	2.75	01.10.2018	N
17.30.05.02.1		Frotteeschlauch, 6 cm	Pro m	6.30	01.10.2018	N
17.30.05.03.1		Frotteeschlauch, 8 cm	Pro m	7.10	01.10.2018	N
17.30.05.04.1		Frotteeschlauch, 10 cm	Pro m	5.05	01.10.2018	N

**17.30.05b Polsterbinde, natur oder synthetisch**

Limitation: Nicht mit Frotteeschlauch kumulierbar

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.05.10.1		Polsterbinde, Breite 5 cm	Pro m	0.45	01.10.2018	N
17.30.05.11.1		Polsterbinde, Breite 7.5 cm	Pro m	0.70	01.10.2018	N
17.30.05.12.1		Polsterbinde, Breite 10 cm	Pro m	1.00	01.10.2018	N
17.30.05.13.1		Polsterbinde, Breite 15 cm	Pro m	1.30	01.10.2018	N

**17.30.15 Kompressionszubehör****17.30.15a Pelotten**

Hilfsmittel zur Aufpolsterung von konkaven Körperoberflächen wie dem retromalleolären Raum um einen effektiven Andruck zu erhalten.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.15.00.1	L	Pelotte Schaumstoff  Limitation: Anwendung nur in Kombination mit einer Kompressionstherapie	1 Stück	4.95	01.10.2018	N

## 21. MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE/-FUNKTIONEN

Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

Mess-Systeme für Körperzustände oder -funktionen dienen zur Eigenmessung bzw. Überwachung von Funktionsparametern, wenn dies für die Krankheitskontrolle notwendig und/oder eine selbständige Anpassung der Medikation erforderlich ist.

### 21.01 Atmung und Kreislauf

Vitalmonitore überwachen mittels Sensoren und Elektroden die Atem- und die Herztätigkeit sowie den Sauerstoffgehalt des Blutes. Bei einer Mindestanwendungsdauer des Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitors (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter (Pos. 21.01.05) von 3 Jahren, ist ein Kauf indiziert.

Mit einem Peak-Flow-Meter wird die maximale Atemstromstärke am Mund gemessen, die im Anschluss an eine tiefe, maximale Einatmung, zu Beginn einer forcierten, mit maximaler Kraft getätigten Ausatmung auftritt (Einsekundenkapazität).

Mit dem Spirometer wird neben der Einsekundenkapazität das Luftvolumen, das man nach maximaler Einatmung wieder maximal ausatmen kann (Vitalkapazität), gemessen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
21.01.04.00.1	L	Pulsoxymeter, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim Versicherten muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstofftherapie</li> <li>• Invasive oder nicht invasive Ventilation mit einer Husteninsuffizienz (zur frühzeitigen Detektion einer Sekretstase)</li> <li>• Beeinträchtigung der Respiration im Rahmen einer neuromuskulären Erkrankung</li> </ul> </li> <li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	50.50	01.10.2020	N
21.01.04.01.1	L	Pulsoxymeter zur ambulanten Überwachung von akuten Covid-19-Patientinnen und -Patienten zuhause, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für Covid-19-Patientinnen und -Patienten, welche mindestens eines der folgenden Kriterien aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Schwangerschaft</li> <li>• Bestehende Vorerkrankung, welche einen schweren Verlauf von Covid-19 begünstigen kann (Bluthochdruck; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Diabetes; Chronische Atemwegserkrankungen; Krebs; Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen; Adipositas Grad III (morbid, BMI <math>\geq 40</math> kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Relevante körperliche Beeinträchtigung durch Covid-19, so dass als Alternative nur eine Hospitalisation möglich wäre</li> </ul> </li> <li>• Max. 1 Stück pro versicherte Person</li> </ul>	1 Stück	50.50	01.06.2021	N

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht anwendbar mit den Pos. 21.01.04.00.1 und 21.01.04.02.1</li> </ul> <p>In Evaluation bis 30.06.2022</p>				
21.01.04.02.1	L	<p>Ambulante Überwachung von akuten Covid-19-Patientinnen und -Patienten zuhause, bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abgabe eines externen Pulsoxymeters und regelmässige Selbstmessung durch die zu überwachende Person</li> <li>Echtzeit-Übertragung der Daten an eine Alarmzentrale und Einsicht der Daten durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin</li> <li>Überwachung der Messwerte durch die Alarmzentrale rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche)</li> <li>Zusammenarbeit mit einem Pikettarzt oder einer Pikettärztin, der/die rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche) zur Verfügung steht</li> </ul> <p>Die komplette Datenübertragung und -verarbeitung hat innerhalb der Schweiz zu erfolgen. Die überwachten Personen sind transparent über die Datenerhebung aufzuklären. Nach Ende des Monitorings müssen die Daten gelöscht werden; sie dürfen höchstens in anonymisierter Form für statistische Auswertungen verwendet werden.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Dauer der Überwachung erfolgt nach ärztlicher Indikation, jedoch für mindestens 7 Tage, ausser die Patientin / der Patient muss zuvor hospitalisiert werden.</li> <li>Nur für Covid-19-Patientinnen und -Patienten, welche mindestens eines der folgenden Kriterien aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bestehende Schwangerschaft</li> <li>Bestehende Vorerkrankung, welche einen schweren Verlauf von Covid-19 begünstigen kann (Bluthochdruck; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Diabetes; Chronische Atemwegserkrankungen; Krebs; Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen; Adipositas Grad III (morbid, BMI <math>\geq 40</math> kg/m<sup>2</sup>))</li> <li>Relevante körperliche Beeinträchtigung durch Covid-19, so dass als Alternative nur eine Hospitalisation möglich wäre</li> </ul> </li> <li>Nicht anwendbar mit Pos. 21.01.04.01.1</li> </ul> <p>In Evaluation bis 30.06.2022</p>	Pauschale	280.00	01.06.2021	N
21.01.05.00.1	L	<p>Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter, Kauf</p> <p>Limitation:</p>	1 Stück	1'450.00	01.10.2020	N

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Epilepsie, Herzfehler)</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie, Schwerpunkt Neonatologie oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie</li> </ul>				
21.01.05.00.2	L	<p>Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter, Miete</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Sudden Infant Death Syndrome, Epilepsie, Herzfehler)</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie, Schwerpunkt Neonatologie oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie.</li> </ul>	Miete/Tag	1.45	01.10.2020	N
21.01.05.01.1		<p>Verbrauchsmaterial (Sensoren) für Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter</p> <p>Anwendbar mit Pos. 21.01.05.00.1 und 21.01.05.00.2</p>	Pauschale/Tag	4.40	01.10.2020	N
21.01.06.00.2	L	<p>Atem-, Puls- und EKG-Monitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter und Elektrokardiograph, Miete</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Sudden Infant Death Syndrome, Epilepsie, Herzfehler) bei welchen aufgrund der Diagnose eine EKG-Überwachung unerlässlich ist</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie, Schwerpunkt Neonatologie oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie.</li> </ul>	Miete/Tag	5.80	01.10.2020	N
21.01.06.01.1		<p>Verbrauchsmaterial (Elektroden und Sensoren) für Atem-, Puls- und EKG-Monitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter und Elektrokardiograph</p> <p>Anwendbar mit Pos. 21.01.06.00.2</p>	Pauschale / Tag	11.95	01.10.2020	N
21.01.10.00.1	L	<p>Peak-Flow-Meter, Kauf</p> <p>Limitation: Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</p>	1 Stück	38.65	01.01.1998 01.10.2020	B,C
21.01.15.00.1	L	<p>Portables Spirometriegerät (inkl. Mundstück)</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei lungentransplantierten Versicherten</li> </ul>	1 Stück	500.00	01.01.2013 01.10.2020	C

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li></ul>				
21.01.15.01.1	L	Wartung, Kalibrierung, Desinfektion Spirometriegerät  Limitation: Max. 1 mal pro Jahr	pro Jahr	120.00	01.01.2013 01.10.2020	C

**21.02 In-vitro-Diagnostica; Systeme für Blutanalysen und Blutentnahme**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
21.02.01.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und/oder Mess-System  Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	43.00	01.03.2018	C
21.02.03.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und/oder Mess-System mit integrierter Stechhilfe  Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	58.25	01.03.2018	B,C
21.02.10.00.1	L	Blutzucker-Messgerät / -System mit Sprachausgabe  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für blinde und stark sehbehinderte Diabetiker/innen</li> <li>• Max. 1 Gerät alle zwei Jahre</li> </ul>	1 Stück	107.85	01.03.2018	B,C
21.02.11.00.1	L	Gerät zur Kontrolle der oralen Antikoagulation  Limitation: 1 Gerät max. alle fünf Jahre; Bei Patienten mit lebenslanger oraler Antikoagulation bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• künstlichem Herzklappenersatz</li> <li>• künstlichem Blutgefässersatz</li> <li>• rezidivierenden Thrombosen / Embolien</li> <li>• Herzinfarkten oder Bypassoperationen</li> <li>• Vorhofflimmern</li> </ul> Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Die Patienten müssen ein Schulungszertifikat entsprechend den Leitfäden der Stiftung CoagulationCare in der Version 2016 vorweisen.  Die Dokumente sind einsehbar unter: <a href="http://www.bag.admin.ch/ref">www.bag.admin.ch/ref</a>	1 Stück	850.00	01.01.2018	C
21.02.20.00.1		Lanzettenautomat/Stechgerät Für die Anwendung von Lanzetten zur Blutentnahme für Selbstkontrollen von Blutzucker und/oder oraler Antikoagulation	1 Stück	22.50	01.03.2018	C



## 21.03 In-vitro-Diagnostica; Reagenzien und Verbrauchsmaterial für Blutanalysen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
21.03.01.01.1	L	<p>Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Ohne Mengenbeschränkung bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit Diabetes in der Schwangerschaft.</p> <p>Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern max. 200 Reagenzträger pro Jahr</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann bei folgenden Indikationen bis maximal die doppelte der genannten Anzahl Reagenzträger pro Jahr vergütet werden (mindestens eine der folgenden Indikationen muss erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellungsphasen (höhere Anzahl Reagenzträger während 6 Monaten)</li> <li>• HbA<sub>1c</sub> &gt; 7.5 % bei Personen mit wenigen koexistierenden chronischen Krankheiten und intakter kognitiver Funktion (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist)</li> <li>• HbA<sub>1c</sub> &gt; 8 % bei Personen mit mehrfach koexistierenden chronischen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist)</li> <li>• Therapie mit Medikamenten mit erhöhtem Hypoglykämierisiko</li> <li>• Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY)</li> <li>• Mitochondrialer Diabetes</li> <li>• Diabetesbeginn vor dem Alter von 30 Jahren</li> <li>• Hämoglobinopathien, bei welchen die HbA<sub>1c</sub>-Bestimmungen nicht verlässlich sind</li> </ul>	1 Stück	0.62	01.07.2018 01.01.2019 01.04.2021	B B,C C
21.03.01.03.1		Reagenzträger für Blutketonbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät	1 Stück	2.80	01.03.2018	B,C
21.03.05.00.1		Lanzetten für Stechgeräte Für Einmalgebrauch.	1 Stück	0.12	01.03.2018	B,C
21.03.10.10.1		Alkoholtupfer, imprägniert	1 Stück	0.05	01.03.2018	B,C
21.03.20.00.1	L	<p>Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit</p> <p>Limitation: maximal CHF 223.35 pro Jahr</p>	24 Stück	127.30	01.03.2018	B,C
21.03.20.01.1	L	<p>Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit</p> <p>Limitation: maximal CHF 223.35 pro Jahr</p>	48 Stück	223.35	01.03.2018	B,C

**21.04 In-vitro-Diagnostica; Reagenzien für Urinalysen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.04.05.00.1		Reagenzträger für Urinzuckerbestimmungen	50 Stück	13.15	01.03.2018	B,C
21.04.10.00.1		Reagenzträger für kombinierte Bestimmung des Zuckers und der Ketonkörper im Urin	50 Stück	14.85	01.03.2018	C
21.04.20.00.1		Reagenzträger für Albuminbestimmung im Urin	50 Stück	13.90	01.03.2018	B,C

**21.05 Kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) System mit Alarmfunktion**

Limitation:

Bei insulinbehandelten Patienten unter folgenden (vor Beginn mit CGM vorliegenden) Bedingungen:

- a) HbA1C-Wert gleich oder höher als 8 % und/oder
  - b) bei schwerer Hypoglykämie, Grad II oder III oder
  - c) bei schweren Formen von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisation
- Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.
  - Verschreibung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie / Diabetologie, die Erfahrung in der Anwendung der CGM-Technologie nachweisen können
  - Bei einer Anwendungsdauer von mehr als 12 Monaten ist eine erneute Kostengutsprache des Versicherers zur Überprüfung des fortdauernden Therapieerfolges erforderlich
  - Der Wechsel zwischen einzelnen Markenprodukten/ einzelnen Systemen ist nach frühestens 6 Monaten möglich

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.05.01.00.2	L	Transmitter zu Kontinuierliches Glukosemonitoring System mit Alarmfunktion inkl. zur Funktion des Systems und zum Datenmanagement nötige Software	Pauschale / Tag	2.65	01.03.2018	B,C
21.05.02.00.3	L	Verbrauchsmaterial für kontinuierliches Glukosemonitoring (Glukosesensoren, Setzhilfe)	Pauschale / Tag	11.70	01.03.2018	N
21.05.02.03.3	L	Monitor (Hardware inkl. der zur Funktion des Monitors nötigen Software) zu kontinuierliches Glukosemonitoring System mit Alarmfunktion Diese Position kann nicht vergütet werden für CGM-Systeme ohne Monitor	Pauschale / Tag	1.90	01.03.2018	B,C

**21.06 Sensor-basiertes Glukose Monitoring System mit vorkalibrierten Sensoren und Wertabfrage**

Limitation:

- Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie / Diabetologie
- Für Personen mit Diabetes mellitus unter einer intensivierten Insulintherapie (Pumpentherapie oder Basis-Bolus-Therapie, bei der der Bolus abhängig von aktuellem Blutzucker, der Menge an zugeführten Kohlenhydraten und der geplanten körperlichen Aktivität berechnet wird)

In Evaluation bis 31.12.2021

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.06.01.00.1	L	Lesegerät  Limitation: 1 Gerät alle 3 Jahre  Bei Verwendung als Blutzuckermessgerät ist die Verrechnung der Position 21.03.01.01.1 für die Teststreifen statthaft.	1 Stück	65.30	01.07.2017 01.07.2019	N V
21.06.02.00.1	L	Sensoren (Tragedauer 14 Tage ohne Kalibrierung)  Limitation: maximal 27 Sensoren pro Jahr (pro rata)	1 Stück	65.30	01.07.2017 01.04.2019 01.07.2019	N C V

**23. ORTHESEN**

Wenn bei der MiGeL-Position kein Höchstvergütungsbetrag genannt ist, erfolgt die Vergütung gemäss Positionen des SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2019, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss Positionen des Tarif Handelsware UV/MV/IV oder gemäss Positionen des OSM Tarif, Generierung vom 26. März 2020, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST

**23.01 Fuss-Orthesen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
23.01.01.00.1	L	Orthopädische Schuheinlagen  Limitation: nach Fussoperationen Vergütung siehe Pos. 23			01.01.1999 01.07.2019	C
23.01.02.00.1		Orthopädische Massschuhe Vergütung siehe Pos. 23.			01.01.2017 01.07.2019	C C
23.01.03.00.1		Orthopädische Spezialschuhe Vergütung siehe Pos. 23.			01.01.2017 01.07.2019	C C
23.01.04.00.1		Therapieschuh zur Stabilisation oder Stellungskorrektur Vergütung siehe Pos. 23.			01.01.2017 01.07.2019	C C
23.01.10.00.1		Halluxschiene	1 Stück	30.60	01.01.1999	

**23.02 Sprunggelenksorthesen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
23.02.01.00.1		Sprunggelenksorthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.03 Unterschenkel-Orthesen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
23.03.01.00.1		Unterschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.2000	

**23.04 Knie-Orthesen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
23.04.01.00.1		Knie-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.05 Oberschenkel-Orthesen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
23.05.01.00.1		Oberschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.2000	

**23.06 Hüft-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.06.01.00.1		Hüft-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	
23.06.10.00.1		Hüftspreiz-Apparat für Kinder	1 Stück	270.00	01.01.1999	

**23.10 Rumpf-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.10.01.00.1		Rumpf-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.11 Halswirbelsäule-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.11.01.00.1		Halswirbelsäule-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	
23.11.02.00.1		Kunststoffcervikalstützen (Schaumstoffcervikalstützen 'Halskragen' siehe unter Bandagen, Pos. 05.12).	1 Stück	108.00	01.01.1999	

**23.20 Finger-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.20.01.00.1		Finger-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.21 Hand-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.21.01.00.1		Hand-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.22 Unterarm-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.22.01.00.1		Unterarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.23 Ellenbogen-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.23.01.00.1		Ellenbogen-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.24 Oberarm-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.24.01.00.1		Oberarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

**23.25 Schulter-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.25.01.00.1		Schulter-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	
23.25.02.00.1		Armabduktionskeil Vergütung: siehe Pos. 23.			01.01.1999	

## 24. PROTHESEN

## 24.01 Augenprothesen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
24.01.01.00.1	L	<p>Augenprothese aus Glas</p> <p>HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährlich</li> <li>• bis zum vollendeten 6. Altersjahr: alle 6 Monate</li> </ul> <p>Ersatz in kürzeren Zeitabständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1 Stück	775.45	01.01.2018 01.07.2019	B,C B,C
24.01.01.01.1	L	<p>Augenprothese aus Kunststoff</p> <p>Der HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütungen für Augenprothesen aus Kunststoff bedürfen der vorgängigen schriftlichen Kostengutsprache des Versicherers</li> <li>• Alle 5 Jahre</li> <li>• Kinder bis zum vollendeten 6. Altersjahr: alle 3 Jahre</li> </ul> <p>Ersatz in kürzeren Zeitabständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Augenprothesen aus Kunststoff dürfen nur beim Vorliegen folgender Indikationen vergütet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behinderungsbedingtes Unvermögen, mit einer Glasprothese adäquat umzugehen, (z.B. Handverstümmelung, Krankheit des motorischen Systems, Debilität)</li> <li>• Operationstechniken, bei denen die Implantatbewegung durch einen Stift auf die Augenprothese übertragen wird.</li> </ul>	1 Stück	3'615.50	01.01.2018 01.07.2019	B,C B,C



**24.02 Brustprothesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
24.02.01.00.1	L	Definitive Brust-Exoprothese, pro Seite Zum Erwerb einer teureren (Gummi-)Prothese kann der Höchstbetrag bis auf drei Jahre im Voraus bezogen werden.  Limitation: Nach Mamma-Amputation oder Agenesie / Aplasie der Mamma.	pro Jahr	360.00	01.01.2001 01.07.2019	C
24.02.01.01.1		Zubehör und spezielle Büstenhalter zur definitiven Brustexoprothese	pro Jahr	90.00	01.01.2001 01.07.2019	C

**24.03 Prothesen der Extremitäten**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
24.03.01.00.1		Prothesen der Extremitäten, inklusive notwendige Anpassungen und Prothesenzubehör (Prothesenstrümpfe usw.) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. Januar 2019, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss OSM-Tarif, Generierung vom 26. März 2020, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST.			01.01.2017 01.07.2019	B C

**25. SEHHILFEN****25.01 Brillengläser/Kontaktlinsen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
25.01.01.00.1	L	Brillengläser/Kontaktlinsen, bis zum vollendeten 18. Altersjahr  Limitation: Für die Brillen-/Kontaktlinsen-Verordnung wird 1 augenärztliches Rezept pro Jahr benötigt. Eventuelle unterjährliche Folgeanpassungen können durch einen Augenoptiker/eine Augenoptikerin erfolgen.	pro Jahr	180.00	01.07.2014	V

**25.02 Brillengläser/Kontaktlinsen Spezialfälle**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
25.02.01.00.1	L	Spezialfälle Brillengläser/Kontaktlinsen (inkl. Anpassung) oder Schutzgläser  Alle Altersgruppen. Jährlich, pro Seite.  Limitation bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• krankheitsbedingten Refraktionsänderungen z.B. Katarakt, Diabetes, Makulaerkrankungen Augenmuskelerkrankungen, Amblyopie Medikamenteneinnahme</li> <li>• Status nach Operation, z.B. Katarakt, Glaukom Amotio retinae</li> </ul>	pro Jahr	180.00	01.01.2000	
25.02.02.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen I  Alle Altersgruppen. Inbegriffen: Kontaktlinsen und Anpassung durch Optiker.  Limitation: Alle 2 Jahre pro Seite. Visus um 2/10 verbessert gegenüber Brille. Bei Myopie > -8,0; bei Hyperopie > +6,0; Anisometropie ab 3 Dioptrien, falls Beschwerden.	alle 2 Jahre	270.00	01.01.1998	
25.02.03.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen II  Alle Altersgruppen; ohne zeitliche Limitierung; pro Seite. Inbegriffen: Kontaktlinsen und Anpassung durch Optiker.  Limitation: Bei irregulärem Astigmatismus, Keratokonus, Hornhauterkrankungen oder -verletzungen, Status nach Hornhaut-Operation, Iris- Defekte.	pro Seite	630.00	01.01.1998	

**29. STOMAARTIKEL**

In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden.

**29.01 Stomaversorgung (Colo-, Ileo-, Urostomie, Fisteln)**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
29.01.01.00.1		Material für Stoma- und Fistelversorgung pro Stomie:  A) Hauptgruppe: Haftplatten, Basisplatten, Stoma-beutel  B) Bedarfsorientierte Zusatzprodukte: Pasten, Ringe, Platten, Gürtel, Stomakappe (Stoma-Irrigation), Hautschutz und -reinigung: med. atmungsaktive Filme, Lotionen, Hautschutz-Cremes, -Gels, Hautreinigungsmittel und -tücher Hautschutzerweiterungsstreifen, Stoma-Vlieskompressen (unsteril), Pflasterentferner, Stoma-Puder, med. Funktionstextilien zur Stabilisierung von Hernien (Bauchdeckenstabilisatoren, Herniengürtel) Gelierende Produkte, Geruchsbinder, Beutelklammern	pro Jahr (pro rata)	5'040.00	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

**30. THERAPEUTISCHE BEWEGUNGSGERAETE****30.01 Bewegungsschienen, fremdkraftbetrieben**

(Continuous Passive Motion (CPM)-Therapiegeräte)

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
30.01.03.00.2	L	Schulterbewegungsschiene fremdkraftbetrieben  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung nur zur konservativen Therapie der idiopathischen Schultersteife (adhäsive Kapsulitis des Schultergelenks unklarer Ursache)</li> <li>Max. Mietdauer 60 Tage</li> </ul>	Miete/ Tag	3.34	01.01.2001 01.01.2021	B,C
30.01.03.01.2	L	Pauschale für Lieferung (inkl. Abholung), Einstellung und Instruktion zuhause der Schulterbewegungsschiene  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütung nur bei persönlicher Durchführung durch technisches Personal desjenigen Unternehmens, welches die Schiene vermietet.</li> </ul>	Pauschale	280.00	01.01.2001 01.01.2021	B,C

**30.02 Bewegungsgeräte, handkraftbetrieben**

Der Kiefermobilisator dient der Verbesserung des Bewegungsumfanges durch Dehnung des Kiefergelenkes und der Muskulatur. Er wird angewendet bei Kieferöffnungsstörung oder eingeschränkter Kieferbeweglichkeit z.B. nach Bestrahlung, Sklerodermie oder Gebrechen mit schweren Mundöffnungsstörungen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
30.02.01.00.1	L	Kiefermobilisator (Kinder und Erwachsene)  Limitation: 1 Gerät alle 3 Jahre	1 Set	495.40	01.01.2011 01.04.2020	B,C
30.02.01.01.1		Bisspolster	1 Set à 4 Stück	16.50	01.01.2011 01.04.2020	C

**30.03 Bewegungsschienen, aktiv**

(Controlled Active Motion (CAM)-Therapiegeräte)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
30.03.01.00.2	L	Kniebewegungsschiene, aktiv  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Max. Mietdauer 30 Tage. Verlängerung um bis zu weitere 30 Tage auf eine ärztliche Begründung hin.</li> </ul>	Miete / Tag	2.50	01.07.2010 01.01.2021	B,C
30.03.01.01.1	L	Pauschale für Einstellung und Instruktion der Kniebewegungsschiene aktiv  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütung nur bei persönlicher Durchführung durch technisches Personal desjenigen Unternehmens, welches die Schiene vermietet.</li> </ul>	Pauschale	180.00	01.01.2021	N

**31. TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL**

Tracheostoma-Hilfsmittel werden zur Versorgung eines Tracheostomas eingesetzt.

Kanülen bestehen aus unterschiedlichen Materialien (Silber, Silikon, Kunststoff) und deren Lebensdauer ist entsprechend unterschiedlich. Eingesetzt werden Kanülen mit und ohne Cuff. Ein Cuff dient der Abdichtung gegen entweichende Atemgase unter Beatmung und zum Schutz der unteren Luftwege und Lunge von Speichel und Speiseresten. Tragebänder oder Basisplatten befestigen die Kanülen am Tracheostoma. Die Kanülen werden regelmässig mit Wasser, Seife, sowie Spezialprodukten wie Reinigungsbürsten und/oder -lösungen gereinigt.

Vlieskompressen und medizinische Wattestäbchen dienen der Reinigung der Tracheostomata-Umgebung. Bei laryngektomierten Versicherten, die Basisplatten anwenden, werden ergänzend Pflasterentferner zur Basisplattenentfernung, Reinigungstücher und Hautschutzprodukte angewendet.

Heat and Moisture Exchanger (HME; Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher) kompensieren als passive Befeuchtungssysteme die fehlende Anfeuchtung, Erwärmung und Filterung der Luft durch die Nase.

Stimmventile (auch Sprechventile genannt) werden auf Trachealkanülen aufgesetzt oder bei Laryngektomierten ohne Kanüle mittels Basisplatte fixiert. Bei der Ausatmung (oder per Finger) wird die Membran verschlossen und der Luftstrom zum Kehlkopf (bei Tracheotomierten) oder zur Stimmprothese (bei Laryngektomierten) gelenkt.

In der Pauschale für Laryngektomierte ist das sogenannte Hands-free-System (Tracheostomaventil zum freihändigen Sprechen) mit Zubehör abgebildet. Nur für das Starterset Hands-free-System besteht eine separate Position für die Erprobung des Systems über 6 Monate bei Therapiebeginn. Die Verwendung des Hands-free-Systems ist keine medizinische Begründung zur Erhöhung der jährlichen Pauschale für das Material zur Tracheostomaversorgung.

Stimmprothesen (auch Shunt-Ventile genannt) werden bei laryngektomierten Versicherten zwischen Luft- und Speiseröhre implantiert. Sie ermöglichen die Stimmbildung, indem das Tracheostoma mit Finger oder Ventil verschlossen und gleichzeitig durch die Prothese in die Speiseröhre und in den Rachenraum ausgeatmet wird. Die Reinigung der Stimmprothese erfolgt mit spezifischem Reinigungsmaterial (Reinigungsbürsten für die Stimmprothese oder Spülpipetten (Flush)). Der Verschluss für die Stimmprothese (Plug) ist eine Notfalllösung bei Undichtigkeit der Prothese zur Vermeidung einer Aspiration.

Textile Produkte (Schutzrolli, Schutz Tuch) decken das Tracheostoma ab und verhindern das Eindringen von Fremdkörpern. Der Duschschutz schützt vor eindringendem Wasser.

**31.10 Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
31.10.00.01.1		<p>Material zur Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte:</p> <p>Trachealkanülen, Stimmventile</p> <p>Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME), Verschlusskappen</p> <p>Kanülen-Befestigung und Tragezubehör: Trachealkompressen, Kanülentragbänder</p> <p>Reinigungs- und Pflegematerial für Trachealkanülen: Reinigungsbürsten, Reinigungsmittel, Silbertauchbad</p> <p>Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10)</p> <p>Hautreinigung: Vlieskompressen (nicht kumulierbar mit Pos. 35.01.01), medizinische Wattestäbchen</p> <p>Adapter, Schutztextilien, Duschschutz</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.</p>	pro Kalender- jahr	7'600.00	01.01.2021	N
31.10.01.00.1	L	<p>Cuffdruck-Messgerät / Cuff-Manometer</p> <p>Limitation: Max. 1 Gerät alle 10 Jahre</p>	1 Stück	270.00	01.01.2021	N

**31.20 Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte**

Mit der elektronischen Sprechhilfe wird über die Halsweichteile eine elektronisch erzeugte Schwingung in den Rachen appliziert und damit Kehlkopflosen das stimmhafte Sprechen ermöglicht. Der elektronische Stimmverstärker funktioniert wie ein Mikrofon, welches einen Flüsteron oder eine zu leise Ösophagusstimme verstärkt.

31.20.00.01.1	<p>Material zur Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte:</p> <p>Trachealkanülen (inkl. Tubes und Buttons)</p> <p>Reinigungsbürsten für Trachealkanülen, Borkenpinzette</p> <p>Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME)</p> <p>Basisplatten, Silikonkleber, Kanülentragbänder, Schaumstoffabdeckungen</p> <p>Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10)</p> <p>Zubehör für Stimmprothesen: Verschluss (Plug), Spülpipetten (Flush), Reinigungsbürsten für Stimmprothesen</p> <p>Hautschutz und –reinigung: Reinigungstücher, Vlieskompressen (nicht kumulierbar mit Pos. 35.01.01), Hautschutzfilmtücher/-tupfer, medizinische Wattestäbchen, Pflasterentferner</p> <p>Adapter, Duschschutz, Schutztextilien</p> <p>Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System)</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.</p>	pro Kalender-jahr	7'500.00	01.01.2021	N
31.20.01.00.1	Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System), Starterset zur Erprobung	1 Set	617.00	01.01.2021	N
31.20.04.00.1	Elektronische Sprechhilfe (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	890.00	01.01.2021	N
31.20.05.00.1	Elektronischer Stimmverstärker (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	529.00	01.01.2021	N

**31.30 Zubehör für die Tracheostomaversorgung**

Die für Tracheostomaversicherte benötigte Maske zur Inhalation wird über die Pos. 31.30.03.00.1 vergütet. Die Vergütung der Inhalationsgeräte inkl. Zubehör ist im Kapitel 14.01.01 geregelt.

Die Gänsegurgel ist ein ziehharmonikaartiges Schlauchstück, das auf die Trachealkanüle aufgesetzt wird um den Beatmungsschlauch, das Inhalierset oder weitere Atemtherapeutische Geräte möglichst beweglich anschliessen zu können.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
31.30.02.00.1	L	Wassertherapiegerät mit Mundstück  Limitation: Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.	1 Stück	455.00	01.01.1996 01.01.2021	B,C
31.30.02.01.1	L	Schnorchel zu Wassertherapiegerät  Limitation: Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.	1 Stück	60.00	01.01.1996 01.01.2021	B,C
31.30.03.00.1		Maske zur Inhalation über Tracheostoma	1 Stück	33.90	01.01.2021	N
31.30.04.00.1		Gänsegurgel	1 Stück	7.05	01.01.2021	N



**35. VERBANDMATERIAL**

Für nicht aufgeführte, abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben gilt der Höchstvergütungsbetrag des nach der Fläche nächstliegenden Formates oder der nächstliegenden Volumina oder Gewichtsangabe. In der Mitte liegende Flächen werden der Position des kleineren Formates, in der Mitte liegende Volumina oder Gewichtsangaben der kleineren Position zugewiesen.

**35.01 Konventionelle Wundpräparate ohne wundwirksame oder antibakterielle Inhaltsstoffe**

Zur trockenen Wundbehandlung und/oder als Sekundärauflage

**35.01.01 falt- und Vlieskompressen****35.01.01a falt- und Vlieskompressen mit und ohne Watte, steril**

Falt- und Vlieskompressen mit und ohne Watte (inkl. Rundtupfer), steril

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.01.01.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 5x5 cm	1 Stück	0.17	01.10.2018	N
35.01.01.02.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	0.14	01.10.2018	N
35.01.01.03.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 10x10 cm	1 Stück	0.29	01.10.2018	N
35.01.01.04.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 10x20 cm	1 Stück	0.41	01.10.2018	N
35.01.01.05.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 40x40 cm	1 Stück	3.10	01.10.2018	N

**35.01.01b falt- und Vlieskompressen mit und ohne Watte, unsteril**

Falt- und Vlieskompressen mit und ohne Watte (inkl. Rundtupfer), unsteril (inkl. sterilisierte Produkte)

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.01.20.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 5x5cm	1 Stück	0.03	01.10.2018	N
35.01.01.21.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 7.5x7.5cm	1 Stück	0.05	01.10.2018	N
35.01.01.22.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 10x10cm	1 Stück	0.11	01.10.2018	N
35.01.01.23.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 10x20cm	1 Stück	0.15	01.10.2018	N

**35.01.02 Imprägnierte / beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, nichtklebend, steril, ohne wundwirksame oder antibakterielle Inhaltsstoffe**

Imprägnierte, netzartige Kompressen aus Baumwoll- oder Kunstfaser. Exsudat kann ungehindert in Sekundärverband abfließen. Beschichtete Kompressen mit Saugkörper. Exsudat wird von Saugkörper aufgenommen. Imprägnierung und Beschichtung reduzieren ein Verkleben mit der Wundoberfläche.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.02.01.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril, 5x5cm	1 Stück	0.53	01.10.2018	N
35.01.02.02.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril, 5x7.5cm	1 Stück	0.54	01.10.2018	N
35.01.02.03.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril, 7.5x10cm	1 Stück	0.92	01.10.2018	N
35.01.02.04.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril, 10x20cm	1 Stück	1.57	01.10.2018	N

**35.01.04 Absorptionsverbände**

Absorptionsverbände bestehen aus einem hochsaugfähigen Kern aus Zellstoff oder Watte und einer hydrophoben Umhüllung. Absorptionsverbände weisen eine beschränkte Retention aus.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.04.01.1		Absorptionsverbände, steril 10x10 cm	1 Stück	0.60	01.04.2018	N
35.01.04.02.1		Absorptionsverbände, steril 10x20 cm	1 Stück	0.85	01.04.2018	N
35.01.04.03.1		Absorptionsverbände, steril 15x25 cm	1 Stück	1.15	01.04.2018	N
35.01.04.04.1		Absorptionsverbände, steril 20x20 cm	1 Stück	1.60	01.04.2018	N
35.01.04.05.1		Absorptionsverbände, steril 20x40 cm	1 Stück	2.95	01.04.2018	N

**35.01.05 Stillkompressen, unsteril**

Stillkompressen zur Behandlung wunder und/oder gereizter Brustwarzen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.05.01.1		Stillkompressen, unsteril	1 Stück	0.25	01.10.2018	N

**35.01.06 Gazebinden****35.01.06a Gazebinden elastisch, gedehnt**

Elastische Fixierbinden, glatte oder gekreppte Struktur.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.06.01.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	0.71	01.10.2018	N
35.01.06.02.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 4 cm, Länge 10 m	1 Stück	0.80	01.10.2018	N
35.01.06.03.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	0.95	01.10.2018	N
35.01.06.04.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 6 cm, Länge 10 m	1 Stück	1.35	01.10.2018	N
35.01.06.05.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	1.15	01.10.2018	N
35.01.06.06.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 8 cm, Länge 10 m	1 Stück	2.35	01.10.2018	N

**35.01.06b Gazebinden elastisch, kohäsiv**

Auf sich selbst haftende, elastische Fixierbinden mit glatter oder gekrepter Struktur.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.06.10.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 1.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.25	01.10.2018	N
35.01.06.11.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.75	01.10.2018	N
35.01.06.12.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.65	01.10.2018	N
35.01.06.13.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 20 m	1 Stück	9.35	01.10.2018	N
35.01.06.14.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.45	01.10.2018	N
35.01.06.15.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.10	01.10.2018	N
35.01.06.16.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.60	01.10.2018	N
35.01.06.17.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.90	01.10.2018	N
35.01.06.18.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.90	01.10.2018	N
35.01.06.19.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 20 m	1 Stück	13.90	01.10.2018	N
35.01.06.20.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 4 m	1 Stück	4.85	01.10.2018	N
35.01.06.21.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 20 m	1 Stück	18.50	01.10.2018	N

**35.01.07 Elastische Binden****35.01.07a Elastische Binden, Fixation**

Textil- und dauerelastische Binden für Fixier-, Stütz- und Entlastungsverbände.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.07.01.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.95	01.10.2018	N
35.01.07.02.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.35	01.10.2018	N
35.01.07.03.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.70	01.10.2018	N
35.01.07.04.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.85	01.10.2018	N
35.01.07.05.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 12 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.70	01.10.2018	N
35.01.07.06.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.75	01.10.2018	N
35.01.07.07.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 20 cm, Länge 5 m	1 Stück	13.60	01.10.2018	N

**35.01.07b Elastische Binden, kohäsiv**

Auf sich selbst haftende, dauerelastische Binden. Mit Polyamid, Elasthan oder Elastomer.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.07.20.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	3.15	01.10.2018	N
35.01.07.21.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.60	01.10.2018	N
35.01.07.22.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 5 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.95	01.10.2018	N
35.01.07.23.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 7.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.30	01.10.2018	N
35.01.07.24.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	8.30	01.10.2018	N
35.01.07.25.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.35	01.10.2018	N

**35.01.08 Fixationshilfen****35.01.08a Schlauchverbände**

Gestrickte, dehbare Schlauchverbände zum Einmalgebrauch

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.08.01.1		Schlauchverbände Breite 2 cm, ungedehnt	pro m	0.70	01.10.2018	N
35.01.08.02.1		Schlauchverbände Breite 3 cm, ungedehnt	pro m	0.50	01.10.2018	N
35.01.08.03.1		Schlauchverbände Breite 4.5 cm, ungedehnt	pro m	0.95	01.10.2018	N
35.01.08.04.1		Schlauchverbände Breite 6 cm, ungedehnt	pro m	1.10	01.10.2018	N
35.01.08.05.1		Schlauchverbände Breite 8 cm, ungedehnt	pro m	1.30	01.10.2018	N
35.01.08.06.1		Schlauchverbände Breite 9.5 cm, ungedehnt	pro m	1.50	01.10.2018	N
35.01.08.07.1		Schlauchverbände Breite 17 cm, ungedehnt	pro m	2.40	01.10.2018	N
35.01.08.08.1		Schlauchverbände Breite 20 cm, ungedehnt	pro m	3.10	01.10.2018	N

**35.01.08c Netzhalteverbände**

Hochelastischer, weitmaschiger Netzverband.

Auf dem Markt gibt es keine Normgrössen. Die Positionsbezeichnungen beschreiben, für welche Körperregionen das Produkt üblicherweise angewendet wird.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.08.20.1		Netzhalteverband Einzelne Finger	pro m	0.50	01.10.2018	N
35.01.08.21.1		Netzhalteverband Mehrere Finger, dünner Arm, dünnes Bein	pro m	0.90	01.10.2018	N
35.01.08.22.1		Netzhalteverband Hand, Fuss, Arm	pro m	1.05	01.10.2018	N
35.01.08.23.1		Netzhalteverband Bein, kleiner Kopf	pro m	1.30	01.10.2018	N
35.01.08.24.1		Netzhalteverband Kopf, kleiner Rumpf	pro m	2.20	01.10.2018	N
35.01.08.25.1		Netzhalteverband Rumpf	pro m	1.70	01.10.2018	N
35.01.08.26.1		Netzhalteverband Grosser Rumpf	pro m	3.05	01.10.2018	N
35.01.08.27.1		Netzhalteverband Sehr grosser Rumpf	pro m	4.30	01.10.2018	N

**35.01.09 Heft-/Fixier-Pflaster, -Vlies****35.01.09a Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies**

Haftende Klebebänder aus Textil, Kunststoff oder Vlies, ohne Wundkissen. Dies im Gegensatz zu den Schnellverbänden (35.01.10)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.09.01.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 1.25 cm	pro m	0.55	01.10.2018	N
35.01.09.03.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 2.5 cm	pro m	0.80	01.10.2018	N
35.01.09.04.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 5 cm	pro m	0.75	01.10.2018	N

**35.01.09b Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend**

Sanft haftende Klebebänder aus Textil, Kunststoff oder Vlies mit Haftbasis Silikone oder Stratagel, ohne Wundkissen. Dies im Gegensatz zu den Schnellverbänden (35.01.10)

Silikon-Narbenpflaster sind hier nicht subsumiert.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.09.10.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 1.25 cm	pro m	0.20	01.10.2018	N
35.01.09.12.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 2.5 cm	pro m	0.45	01.10.2018	N
35.01.09.13.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 4 cm	pro m	0.80	01.10.2018	N

**35.01.09c Fixationsvlies**

Luftdurchlässige, haftende Fixation von Wundauflagen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.09.30.1		Fixationsvlies Breite 2.5 cm	pro m	0.40	01.10.2018	N
35.01.09.31.1		Fixationsvlies Breite 5 cm	pro m	0.75	01.10.2018	N
35.01.09.32.1		Fixationsvlies Breite 10 cm	pro m	1.35	01.10.2018	N
35.01.09.33.1		Fixationsvlies Breite 15 cm	pro m	1.85	01.10.2018	N
35.01.09.34.1		Fixationsvlies Breite 20 cm	pro m	2.40	01.10.2018	N
35.01.09.35.1		Fixationsvlies Breite 30 cm	pro m	3.25	01.10.2018	N

**35.01.10 Schnellverbände****35.01.10b Schnellverbände, steril**

Einzel verpackte, haftende Pflaster mit Wundkissen, steril.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.10.10.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 6 cm, Länge 7 cm	1 Stück	0.60	01.10.2018	N
35.01.10.11.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 6 cm, Länge 10 cm	1 Stück	0.75	01.10.2018	N
35.01.10.12.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 10 cm	1 Stück	1.05	01.10.2018	N
35.01.10.13.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 15 cm	1 Stück	1.20	01.10.2018	N
35.01.10.14.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 20 cm	1 Stück	1.50	01.10.2018	N
35.01.10.15.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 25 cm	1 Stück	1.50	01.10.2018	N
35.01.10.16.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 30 cm	1 Stück	1.50	01.10.2018	N

**35.01.12 Augenverbände**

Schutzverbände und Okklusionspflaster in Augenpassform.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.12.01.1		Augenkompressen, steril	1 Stück	0.65	01.10.2018	N
35.01.12.03.1		Augenokklusionspflaster	1 Stück	1.20	01.10.2018	N

**35.01.14 Diverses Verbandmaterial**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.01.14.10.1		Fingerlinge Gummi	1 Stück	0.05	01.10.2018	N
35.01.14.11.1		Fingerlinge Stoff/Leder	1 Stück	6.90	01.10.2018	N
35.01.14.12.1		Fingerlinge Netz (nahtlos gewirkte, dehbare Schlauchverbände welche nicht zugeschnitten werden müssen. Dies im Vergleich zu den Schlauchverbänden welche als Meterware erhältlich ist.)	1 Stück	0.85	01.10.2018	N

**35.03 Verband mit Aktivkohle ohne wundwirksame oder antibakterielle Inhaltsstoffe**

Die in die Verbände integrierte Aktivkohle bindet Geruchsmoleküle wie auch Bakterien und deren Toxine.

Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.03.01.01.1	L	Verband mit Aktivkohle 5x5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	4.50	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.02.1	L	Verband mit Aktivkohle 7.5x7.5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	6.95	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.03.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x10 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	10.40	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.04.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	21.20	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.06.1	L	Verband mit Aktivkohle 15x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	32.25	01.04.2018 01.01.2021	N V



**35.05 Hydroaktive Wundpräparate /-produkte ohne wundwirksame oder antibakterielle Inhaltsstoffe**

Die Produkte dienen zur Durchführung einer physiologischen, feuchten Wundbehandlung.

**35.05.01 Wundkissen zur Nasstherapie**

Mit Spüllösung getränkte, gebrauchsfertige Wundkissen, die Exsudat und Zelllast binden.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.01.01.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 4x4 cm, ø 4 cm	1 Stück	5.30	01.04.2018	N
35.05.01.02.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 5.5x5.5 cm, ø 5.5 cm	1 Stück	7.30	01.04.2018	N
35.05.01.03.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.05	01.04.2018	N
35.05.01.04.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 10x10 cm	1 Stück	9.30	01.04.2018	N

**35.05.02 Hydrokolloide, steril**

(sämtliche Dicken, mit und ohne Haftrand)

Selbsthaftende Wundauflagen bestehend aus einer äusseren bakteriendichten, semipermeablen Folie und einer in Wundkontakt stehenden hydrophilen, quellfähigen Masse welche Exsudat, Bakterien und Zelltrümmer bindet.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.02.01.1		Hydrokolloide, steril 5x5 cm	1 Stück	4.80	01.04.2018	N
35.05.02.02.1		Hydrokolloide, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	6.60	01.04.2018	N
35.05.02.03.1		Hydrokolloide, steril 10x10 cm	1 Stück	10.55	01.04.2018	N
35.05.02.04.1		Hydrokolloide, steril 15x15 cm	1 Stück	18.95	01.04.2018	N
35.05.02.05.1		Hydrokolloide, steril 15x20 cm	1 Stück	25.45	01.04.2018	N
35.05.02.06.1		Hydrokolloide, steril 20x20 cm	1 Stück	38.65	01.04.2018	N
35.05.02.07.1		Hydrokolloide, steril 20x30 cm	1 Stück	62.05	01.04.2018	N
35.05.02.08.1		Hydrokolloide, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	35.40	01.04.2018	N
35.05.02.09.1		Hydrokolloide, steril Sonderformen Ellenbogen/Ferse	1 Stück	24.05	01.04.2018	N

**35.05.03 Hydropolymere, steril, neutral**

(haftend, nicht-haftend, sanft-haftend)

Polyurethan (PU)-Schäume nehmen mittels Kapillarkraft Exsudat auf und weisen eine beschränkte Retention auf. Die Produkte stehen mit verschiedenen Haftmitteln (Polyacrylate, Silikone, Harze) wie auch nicht-haftend zur Verfügung. Hydropolymere ohne Abdeckung (Wundfüller, Transfervverband) sind ebenfalls in dieser Position enthalten.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.03.01.1		Hydropolymere, steril 5x5 cm	1 Stück	5.70	01.04.2018	N
35.05.03.02.1		Hydropolymere, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.25	01.04.2018	N
35.05.03.03.1		Hydropolymere, steril 10x10 cm	1 Stück	12.05	01.04.2018	N
35.05.03.04.1		Hydropolymere, steril 15x15 cm	1 Stück	21.60	01.04.2018	N
35.05.03.05.1		Hydropolymere, steril 15x20 cm	1 Stück	32.05	01.04.2018	N
35.05.03.06.1		Hydropolymere, steril 20x20 cm	1 Stück	36.95	01.04.2018	N
35.05.03.07.1		Hydropolymere, steril 20x30 cm	1 Stück	45.40	01.04.2018	N
35.05.03.08.1		Hydropolymere, steril 20x60 cm	1 Stück	62.40	01.04.2018	N
35.05.03.10.1		Hydropolymere, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	32.60	01.04.2018	N
35.05.03.11.1		Hydropolymere, steril Sonderform Ellenbogen/Ferse	1 Stück	31.70	01.04.2018	N

**35.05.04 Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril**

(haftend, nicht-haftend, sanft-haftend)

Bei den Hydropolymeren mit Hilfsstoffen handelt es sich um Polyurethan (PU)-Schäume, welche durch folgende Zusätze eine optimierte Reinigung und/oder Retention und/oder Aufnahmekapazität erlangen:

- Tenside
- Gelbeschichtung
- Carboxymethylcellulose
- Natrium-Polyacrylat

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.04.01.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 5x5 cm	1 Stück	4.45	01.04.2018	N
35.05.04.02.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.75	01.04.2018	N
35.05.04.03.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 10x10 cm	1 Stück	11.60	01.04.2018	N
35.05.04.04.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x15 cm	1 Stück	20.60	01.04.2018	N
35.05.04.05.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x20 cm	1 Stück	33.30	01.04.2018	N
35.05.04.06.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x20 cm	1 Stück	43.30	01.04.2018	N
35.05.04.07.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x30 cm	1 Stück	68.40	01.04.2018	N
35.05.04.08.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x60 cm	1 Stück	141.00	01.04.2018	N
35.05.04.10.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	36.65	01.04.2018	N

**35.05.05 Superabsorber, steril**

Die Kategorie der Superabsorber umfasst Produkte welche einen Kern mit einem hohen Anteil Natrium-Polyacrylat aufweisen. Sie können sehr viel Exsudat, Bakterien und Zelltrümmer binden und schliessen diese sicher ein. Typisch ist die sehr hohe Absorptionsfähigkeit zusammen mit einer sehr hohen Retentionsleistung. selbst unter Kompression.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.05.01.1		Superabsorber, steril 5x5 cm	1 Stück	3.45	01.04.2018	N
35.05.05.02.1		Superabsorber, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	4.70	01.04.2018	N
35.05.05.03.1		Superabsorber, steril 10x10 cm	1 Stück	6.70	01.04.2018	N
35.05.05.04.1		Superabsorber, steril 15x15 cm	1 Stück	11.30	01.04.2018	N
35.05.05.05.1		Superabsorber, steril 20x20 cm	1 Stück	20.80	01.04.2018	N
35.05.05.06.1		Superabsorber, steril 20x30 cm	1 Stück	24.35	01.04.2018	N
35.05.05.08.1		Superabsorber, steril 30x40 cm	1 Stück	37.15	01.04.2018	N
35.05.05.09.1		Superabsorber, steril 50x80 cm	1 Stück	108.30	01.04.2018	N

**35.05.06 Alginate, steril**

Kompressen und Tamponaden, welche aus 85-100% Alginat-Fasern bestehen. Zusatz von Carboxymethylcellulose von bis zu 15% möglich. Die Fasern binden Exsudat, Bakterien und Zelltrümmer, wobei sich aus dem Alginat ein Gel bildet.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.06.01.1		Alginate, steril 5x5 cm	1 Stück	3.40	01.04.2018	N
35.05.06.02.1		Alginate, steril 10x10 cm	1 Stück	8.25	01.04.2018	N
35.05.06.03.1		Alginate, steril 10x20 cm	1 Stück	14.15	01.04.2018	N
35.05.06.04.1		Alginate, steril 15x15 cm	1 Stück	17.80	01.04.2018	N
35.05.06.05.1		Alginate, steril 20x20 cm	1 Stück	27.05	01.04.2018	N
35.05.06.07.1		Alginate, steril 30x60 cm	1 Stück	60.70	01.04.2018	N
35.05.06.08.1		Alginate, steril Tamponade	1 Stück	17.80	01.04.2018	N

**35.05.07 Gelierende Faserverbände, steril**

Kompressen und Tamponaden bestehend aus Carboxymethylcellulose, Polyvinylalkohol, Polyacrylat, Cellulose-Ethylsulfonat oder einer Mischung der erwähnten Fasern. Die Fasern binden Exsudat, Bakterien und Zelltrümmer. Dabei bildet sich aus den Fasern ein Gel. Die vertikalabsorbierenden Eigenschaften bieten einen zusätzlichen Wundrandschutz.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.07.01.1		Gelierender Faserverband, steril 5x5 cm	1 Stück	5.50	01.04.2018	N
35.05.07.02.1		Gelierender Faserverband, steril 10x10 cm	1 Stück	9.70	01.04.2018	N
35.05.07.04.1		Gelierender Faserverband, steril 15x15 cm	1 Stück	28.35	01.04.2018	N
35.05.07.05.1		Gelierender Faserverband, steril 20x20 cm	1 Stück	50.75	01.04.2018	N
35.05.07.09.1		Gelierender Faserverband Tamponade, steril	1 Stück	26.10	01.04.2018	N

**35.05.08 Wunddistanzgitter, steril**

(Hilfsmittel: Silikon, Hydrokolloid, Polyethylen)

Es handelt sich um Netze, welche auf die Wunde gelegt werden, um ein Anhaften der folgenden Wundprodukte zu verhindern. Die Netze sind entweder mit Silikon oder hydrokolloidialen Partikeln beschichtet oder aus Polyethylen. Im Unterschied zu den Fett- und Salbengazen bleibt die Eigenschaft der Wunddistanzgitter über mehrere Tage gewährleistet.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.08.01.1		Wunddistanzgitter, steril 5x7.5 cm	1 Stück	5.55	01.04.2018	N
35.05.08.02.1		Wunddistanzgitter, steril 7.5x10 cm	1 Stück	7.25	01.04.2018	N
35.05.08.03.1		Wunddistanzgitter, steril 10x18 cm	1 Stück	18.70	01.04.2018	N
35.05.08.04.1		Wunddistanzgitter, steril 15x25 cm	1 Stück	20.90	01.04.2018	N
35.05.08.05.1		Wunddistanzgitter, steril 20x30 cm	1 Stück	48.15	01.04.2018	N

**35.05.09 Hydrogele ohne wundwirksame Inhaltsstoffe**

Bei den Hydrogelen handelt es sich um gebundenes Wasser - ohne Zusatz von weiteren wundwirksamen Stoffen - welches zur Feuchthaltung appliziert wird.

**35.05.09a Hydrogel, steril**

Hydrogele ohne wundwirksame Inhaltsstoffe, Zusatz von Feuchthaltemitteln möglich.

Sämtliche Produkte sind zum einmaligen Gebrauch bestimmt. Daher muss die Gebindegrösse dem Bedarf für einen Verbandwechsel angepasst sein. Konservierte Produkte zum Mehrfachgebrauch sind in dieser Position nicht enthalten.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.09.01.1		Hydrogel, steril 5 g	1 Stück	7.35	01.04.2018	N
35.05.09.02.1		Hydrogel, steril 15 g	1 Stück	9.55	01.04.2018	N
35.05.09.03.1		Hydrogel, steril 25 g	1 Stück	14.15	01.04.2018	N

**35.05.09c Hydrogelverbände ohne wundwirksame Inhaltsstoffe**

Hydrogelverbände sind Gelplatten welche einen tieferen Wasseranteil gegenüber den Hydrogelen aufweisen.

Die Verbände enthalten keine weiteren wundwirksamen Stoffe.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.09.15.1		Hydrogelverband, steril 5x7.5 cm	1 Stück	8.30	01.04.2018	N
35.05.09.16.1		Hydrogelverband, steril 10x10 cm	1 Stück	11.85	01.04.2018	N
35.05.09.17.1		Hydrogelverband, steril 12.5x12.5 cm	1 Stück	13.50	01.04.2018	N
35.05.09.18.1		Hydrogelverband, steril 20x20 cm	1 Stück	25.15	01.04.2018	N

**35.05.10 Folienverbände****35.05.10a Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril**

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

Selbstaftende, bakteriendichte, semipermeable Folien mit und ohne Wundkissen welche einzeln, steril verpackt sind.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.01.1		Folienverbände, steril 6x8 cm	1 Stück	1.30	01.04.2018	N
35.05.10.02.1		Folienverbände, steril 7.5x10 cm	1 Stück	1.85	01.04.2018	N
35.05.10.03.1		Folienverbände, steril 10x12 cm	1 Stück	2.60	01.04.2018	N
35.05.10.04.1		Folienverbände, steril 10x25 cm	1 Stück	3.75	01.04.2018	N
35.05.10.05.1		Folienverbände, steril 15x20 cm	1 Stück	5.20	01.04.2018	N
35.05.10.06.1		Folienverbände, steril 10x35 cm	1 Stück	6.50	01.04.2018	N

**35.05.10b Folienverbände, unsteril**

Selbstaftende, bakteriendichte, semipermeable Folien. Diese dienen der Abdeckung und Fixation der Primärauflage bei gleichzeitiger Wasserdampfregulation.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.10.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 1m	1 Stück	6.00	01.04.2018	N
35.05.10.11.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 2m	1 Stück	10.00	01.04.2018	N
35.05.10.12.1		Folienverbände, unsteril 5 cm x 10m	1 Stück	18.50	01.04.2018	N
35.05.10.13.1		Folienverbände, unsteril 10cm x 10m	1 Stück	35.00	01.04.2018	N
35.05.10.14.1		Folienverbände, unsteril 15cm x 10m	1 Stück	50.00	01.04.2018	N

**35.05.10c Folienverbände, mit/ohne Wundkissen, steril sanft haftend**

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

Sanft haftende, bakteriendichte, semipermeable Folien mit und ohne Wundkissen welche einzeln, steril verpackt sind. Die Haftbasis bilden entweder Silikone oder Stratagel. Diese Haftbasen führen zu einer sehr tiefen Belastung des Stratum Corneums beim Entfernen der Verbände.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.05.10.20.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 6 x 8 cm	1 Stück	1.90	01.04.2018	N
35.05.10.22.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 10 x 12 cm	1 Stück	2.60	01.04.2018	N
35.05.10.23.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 10 x 25 cm	1 Stück	18.45	01.04.2018	N
35.05.10.24.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 15 x 20 cm	1 Stück	19.55	01.04.2018	N

**35.05.10d Folienverbände, unsteril, sanft haftend**

Sanft haftende, bakteriendichte, semipermeable Folien.

Diese dienen der Abdeckung und Fixation der Primärauflage und gleichzeitiger Wasserdampfregulation. Die Haftbasis bilden entweder Silikone oder Stratagel. Diese Haftbasen führen zu einer sehr tiefen Belastung des Stratum Corneums beim Entfernen der Verbände.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.05.10.30.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 1 m	1 Stück	18.00	01.04.2018	N
35.05.10.31.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 2 m	1 Stück	28.50	01.04.2018	N
35.05.10.32.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 10 m	1 Stück	36.00	01.04.2018	N
35.05.10.33.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 15 cm x 10 m	1 Stück	48.00	01.04.2018	N

**35.10 Hydroaktive Wundpräparate / - Produkte mit wundwirksamen Inhaltsstoffen ohne antimikrobielle Inhaltsstoffe**

Primäre Wundauflagen, welche den Wundheilungsprozess aktiv beeinflussen. Sie werden nur bei defekter Haut in direktem Kontakt mit dem Wundgrund eingesetzt.

**35.10.06 Wundspray**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.10.06.01.1		Wundspray auf öliger Basis, 10 ml	1 Stück	25.00	01.04.2018	N



**35.25 Zubehör****35.25.01 Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion**

Limitation: Kinder 0-12 Jahre

Indikation: mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis, welche eine kontinuierliche oder wiederkehrende Behandlung mit Emollienten und/oder topischen Steroiden bedarf.

Verschreibung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Pädiatrie, Dermatologie und/oder Allergologie

Maximal 2 Sets pro Jahr (oder 2 Ober- und/oder 2 Unterteile)

Sollte durch das Wachstum des Kindes eine grössere Grösse notwendig werden, können pro Jahr 2 weitere Sets (oder alternativ 2 Ober- und/oder Unterteile) vergütet werden

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.25.01.00.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion 1 Set bestehend aus 1 Body (oder Oberteil) und 1 Strumpfhose  Limitation: siehe 35.25.01	1 Set	164.20	01.10.2018 01.04.2019	N C
35.25.01.01.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion Body/Oberteil  Limitation: siehe 35.25.01	1 Stück	98.50	01.04.2019	N
35.25.01.02.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion Strumpfhose/Leggins  Limitation: siehe 35.25.01	1 Stück	67.50	01.04.2019	N

**99. VERSCHIEDENES**

Geräte Reparaturen beim Kaufsystem: Vergütung nach Aufwand bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, nach Ablauf der Garantie und nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

Für nicht aufgeführte, abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben gilt der Höchstvergütungsbetrag des nach der Fläche nächstliegenden Formates oder der nächstliegenden Volumina oder Gewichtsangabe. In der Mitte liegende Flächen werden der Position des kleineren Formates, in der Mitte liegende Volumina oder Gewichtsangaben der kleineren Position zugewiesen.

**99.01 Lagerungshilfen für Extremitäten**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
99.01.01.01.1	L	Arm-Lagerungsschienen, komplett  Limitation: Schlanfe und/oder spastische Hemiplegie der oberen Extremität		377.00	01.07.2011	
99.01.01.02.1		Überzug zu Arm-Lagerungsschiene		70.00	01.07.2011	
99.01.01.03.1		Knauf zu Arm-Lagerungsschiene		20.00	01.07.2011	

**99.10 Gleitmittel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
99.10.01.02.1		Gleitmittel unsteril ohne Anästhetikum, Tube ≥ 80g	1 Stück	6.90	01.01.1999 01.04.2019	B,C
99.10.02.00.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	1.70	01.01.1999 01.04.2019	B,C
99.10.02.01.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.55	01.04.2019	N
99.10.02.02.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 20g (oder ml)	1 Stück	3.60	01.04.2019	N
99.10.02.03.1		Gleitmittel steril, mit Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.65	01.04.2019	N
99.10.02.04.1		Gleitmittel steril mit Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	2.30	01.04.2019	N

**99.11 Spüllösungen**

Sterile, isotonische und pH-neutrale Elektrolytlösungen für Spülungen. Sie sind ohne Zusatz von Konservierungsmitteln und zum Einmalgebrauch bestimmt.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
99.11.01.00.1		Spüllösung, steril 1'000 ml	1 Stück	6.90	01.10.2018	B,C
99.11.01.01.1		Spüllösung, steril 250 ml	1 Stück	3.20	01.10.2018	B,C
99.11.01.02.1		Spüllösung, steril 100 ml	1 Stück	2.85	01.10.2018	B,C
99.11.01.03.1		Spüllösung, steril 500 ml	1 Stück	4.10	01.10.2018	N
99.11.01.04.1		Spüllösung, steril 40 ml	1 Stück	1.45	01.10.2018	N

**99.50 Hilfsmittel für die Medikamenteneinnahme**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.50.01.00.1		Medikamenten-Dosierbox	1 Stück	18.00	01.01.1996	