

---

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

### Änderungen per 1. April 2019

#### Vorbemerkungen

#### 4.6 «pro Jahr» und «pro rata»

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.

#### 15. Inkontinenzhilfen

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

~~U~~rin- 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.

~~Stressinkontinenz. Urinverlust in kleinen Mengen bei bestimmten Belastungssituationen wie Niesen, Husten, Lachen, Sport. Die „leichte Inkontinenz“ (Definition siehe oben) stellt keine Krankheit im Sinne des KVG dar. Slipeinlagen fallen nicht in die Kategorie der Inkontinenzmittel und sind deshalb nicht in der MiGeL aufgeführt.~~

**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.

~~Dranginkontinenz, gemischte Inkontinenz. Abgang von mittleren bis grösseren Urin- mengen in unregelmässigen Abständen bei Belastungen und starkem 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 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.

### **Scheidenpessare**

Scheidenpessare korrigieren die Lage der Beckenorgane und führen somit zur Verbesserung der Kontinenzfunktion. Pessare aus Silikon können mit warmem Wasser gereinigt und über Monate bis Jahre wiederholt eingefügt werden. Produkte aus Vinyl und Gummi werden meist für spezielle Situationen über kürzere Perioden angewendet. Je nach Situation und Anforderungen werden verschiedene Formen wie Ringpessare, Schalen-/Siebschalenpessare, Würfelpessare, Urethrapessare etc. verwendet.

Wegwerfpessare aus speziellen Schaumstoffen und/oder Zellstoff werden eingesetzt, wenn die anderen Pessare versagen.

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.

### **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 der 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.

### **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.

### 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.). ~~Tupfer sowie Falt- und Vlieskompressen können neben der Behandlung von Hautläsionen auch für medizinisch begründete weitere Zwecke eingesetzt werden, wie z.B. im Rahmen der Harnblasen-Katheterisierung.~~

In der MiGeL besteht kein grundsätzliches Kumulationsverbot. So können Kompressen und Tupfer auch vergütet werden, wenn sie für die Desinfizierung im Rahmen der Blasenkateterisierung 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).

### 03. APPLIKATIONSHILFEN

#### 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 3-4020 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 3-4020 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 3-4020 ml	1 Stück	3.50	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.02.3		Infusionsset mit Nadel zu Infusionspumpe 3-4020 ml	1 Stück	7.20	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.03.3		Infusionsset mit Teflonkanüle zu Infusionspumpe 3-4020 ml	1 Stück	9.90	01.01.2001 01.04.2019	C
03.03.01.04.3		Batterie zu Infusionspumpe 3-4020 ml	1 Stück	9.90	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.05.3		Gewindestange zu Infusionspumpe 3-4020 ml	1 Stück	18.00	01.01.2000 01.04.2019	C
03.03.01.06.3		Adapter zur Fixation an Infusionspumpe 3-4020 ml	1 Stück	9.00	01.01.2000 01.04.2019	C

## 15. INKONTINENZHILFEN

### 15.01 Aufsaugende Inkontinenzprodukte jeder Art, inkl. Krankenunterlagen einweg und mehrweg und Netzhosen

- 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 Inkontinenzgrade und weitere Informationen finden dazu 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

Slipeinlagen gelten nicht als Inkontinenzmittel nach MiGeL.

(ableitende Hilfsmittel siehe separate MiGeL-Positions-Nummern. Ausnahme: Urinkondome sind bei schwerer und totaler Inkontinenz im Höchstvergütungsbetrag [HVB] inbegriffen).

Bei der Verrechnung ist jeweils die MiGeL-Positions-Nummer anzugeben, damit der Krankenversicherer die Jahreskosten pro rata ermitteln kann.

Leichte Inkontinenz (unter 100 ml/4h) stellt keine Krankheit im Sinne des KVG dar, weshalb keine Rückvergütung durch die obligatorische Krankenversicherung erfolgt (Definition der Inkontinenzgrade und weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel 5 der Vorbemerkungen, unter Punkt 15. Inkontinenzhilfen).

#### Limitation:

Indikationsstellung und Verordnung durch einen Arzt unter Angabe des Inkontinenzgrades. Vom Arzt neu als inkontinent nach MiGeL (Urinverlust ab 100 ml/4h) diagnostizierte Versicherte werden vorerst in die Kategorie der mittleren Inkontinenz eingestuft und haben Anspruch auf Vergütung des entsprechenden HVB pro rata, sofern sie nicht zweifelsfrei dem totalen Inkontinenzgrad zugeordnet werden können. Änderungen der Kategoriezugehörigkeit erfolgen ausschliesslich durch begründete ärztliche Diagnose und Verordnung.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.01.01.00.1	L	Material-Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	624.00 542.00	01.01.2011 01.04.2019	B,C
15.01.02.00.1	L	Material-Aufsaugende Hilfsmittel für schwere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	1'260.00 1'108.00	01.01.2011 01.04.2019	B,C
15.01.03.00.1	L	Material-Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz  In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) können auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist.	Pro Jahr (pro rata)	1'884.00 1'579.00	01.01.2011 01.04.2019	B,C

**15.21 15.01.04** Aufsaugende Enuresis-Produkte

<del>15.21.01.00.1</del> 15.01.04.00.1	L	Produkte bei Enuresis nocturna: Bettunterlagen und Windelhöschen Limitation: Für Bei Kindern nach dem vollendeten 5. Lebensjahr	Pro Jahr (pro rata)	<del>170.00</del> 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/ohne Beutel Zur Verwendung des Katheters wird separat zusätzlich ein in die Harnröhre zu instillierendes steriles Gleitmittel benötigt. mit Nelaton- oder Tiemannspitze	1 Stück	0.80 0.95	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.01.01.1		Einmalblasenkatheter ohne Gleitmittel/ohne Beutel 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 Gleitmittel/ohne Beutel mit Nelaton- oder Tiemannspitze beiliegendem Hilfsmittel (Beschichtung, Gel oder Lösung) zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	4.50 3.65	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.02.01.1	L	Einmalblasenkatheter mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe) mit beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit Gleitmittel/ohne Beutel, Ready to use, mit Nelaton- oder Tiemannspitze Limitation: bei erhöhter Infektionsgefahr	1 Stück	6.75 5.55	01.01.2005 01.04.2019	B,C
15.10.03.00.1	L	Einmalblasenkatheter mit integriertem Urinauffangbeutel und beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit Gleitmittel/mit Beutel, Ready to use Kit und Set, mit Nelaton- oder Tiemannspitze Limitation: bei erhöhter Infektionsgefahr	1 Stück	8.30 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
15.10.03.01.1	L	Einmalblasenkatheter mit Gleitmittel, mit Beutel, Ready to use mit Infektionsschutzhülse, mit Nelaton- oder Tiemannspitze Limitation: bei erhöhter Infektionsgefahr	1 Stück	9.90	01.01.2005 01.04.2019	S

### 15.11 Verweilkatheter

**Limitation:** Nur anzuwenden, wenn externe Urinaleiter 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 (Verweildauer max. 5 Tage)	1 Stück	<del>3.35</del> 2.35	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
<del>15.11.02.00.1</del>		<del>Verweilkatheter Latex für Kinder</del>	<del>1 Stück</del>	<del>11.90</del>	<del>01.01.1999</del>	<del>S</del>
15.11.03.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel (Verweildauer max. 21 Tage)	1 Stück	<del>7.65</del> 4.60	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.04.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel für Kinder (Verweildauer max. 21 Tage)	1 Stück	<del>48.00</del> 3.35	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.10.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon (Verweildauer 4 Wochen)  Limitation: Bei Latexallergie.	1 Stück	<del>48.00</del> 14.60	01.01.1999 01.04.2019	N B,C
15.11.11.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon für Kinder (Verweildauer 4 Wochen)  Limitation: Bei Latexallergie.	1 Stück	<del>20.50</del> 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	<del>9.80</del> 0.35	01.01.1999 01.04.2019	N B
15.13.01.01.1		Katheterventil	1 Stück	27.10	01.04.2019	N
<del>15.13.02.00.1</del>		<del>Beinkatheterspiegel</del>	<del>1 Stück</del>	<del>45.75</del>	<del>01.01.1997</del>	<del>N</del>
15.13.03.00.1				37.40	01.04.2019	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



Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.13.08.01.1	L	Vollständiges Set zur Vorbereitung der Kathetereintrittsstelle. Beinhaltet zusätzlich: - Aqua dest./Glycerin-Spritze zum Blocken des Katheters - Gleitmittel 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
<del>15.13.10.00.1</del> 15.13.15.00.1		Steriles, gebrauchsfertiges Spülsystem zur Katheterpflege und intravesikalen Instillation NaCl 0,9%, $\geq$ 100 ml	1 Stück	<del>8.00</del> 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	<del>4.30</del> 5.90	01.01.1999 01.04.2019	B
15.14.05.00.1		Urin-Beinbeutel mit Ablauf, steril geschlossenes System mit Tropfkammer Verwendungsdauer ca. 4 Wochen.	1 Stück	<del>24.75</del> 4.80	01.01.1999 01.04.2019	B,C
15.14.06.00.1	L	Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, unsteril  Limitation: für Rollstuhlfahrer/Innen	1 Stück	4.50 4.20	01.08.2007 01.04.2019	B,C
15.14.07.00.1	L	Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, steril  Limitation: für Rollstuhlfahrer/Innen	1 Stück	<del>6.00</del> 5.90	01.08.2007 01.04.2019	B,C
15.14.99.01.1		Beinbeuteltasche + Gurt	1 Stück	<del>37.80</del> 11.60	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
15.14.99.02.1		Haltebänder für Urinbeutel	1 Paar	<del>25.90</del> 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	
15.15.02.00.1		Urin-Bettbeutel, ohne Ablauf, steril	1 Stück	1.70	01.01.1999 01.04.2019	S
15.15.03.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.90 1.70	01.01.1999 01.04.2019	B
15.15.04.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	2.70 3.65	01.01.1999 01.04.2019	B
15.15.99.01.1		Halterung/Befestigung für Bettbeutel	1 Stück	5.85 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	1.90 1.65	01.01.1998 01.04.2019	B
15.16.02.00.1		Urinal-Kondome/Rolltrichter <b>klebend (auch für Produkte mit beiliegendem Haftstreifen und selbstklebende Produkte)</b> aus Latex, mit Klebestreifen	1 Stück	3.45 4.00	01.01.1998 01.04.2019	B,C
15.16.03.00.1	L	Urinal-Kondome aus Silikon, latexfrei, selbstklebend  Limitation: Bei Latexallergie	1 Stück	4.05	01.01.1998	
15.16.99.01.1		Klebestreifen <b>für Urinalkondome</b> allein	1 Stück	1.25	01.01.1998 01.04.2019	C
15.16.99.02.1		<b>Doppelseitiges Klebeband für Urinalkondome</b>	1 Stück	2.10	01.04.2019	N
15.16.99.03.1		<b>Kleber Tube für Urinalkondome, 28g</b>	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	L	Anale Irrigation: <b>Irrigationssystem inkl. Pumpe und Verbrauchsmaterial</b>  Limitation: Stuhlinkontinenz III° (bei Patienten mit Querschnittslähmungen, Equina cauda, Bandscheibenvorfall, Spina bifida, Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson) Nur wenn die klassischen Behandlungen der Stuhlinkontinenz nicht erfolgreich waren.	pro Jahr (pro rata)	4'300.00 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 1.-70. Tag Zur Behandlung der Enuresis bei Kindern.  Limitation: Nach vollendetem 5. Lebensjahr	Miete/Tag	3.40 0.30	01.01.2000 01.04.2019	B,C
15.20.01.02.2	L	Bettnässer-Therapiegerät/Weckapparat, Miete ab 71. Tag Zur Behandlung der Enuresis bei Kindern.  Limitation: Nach vollendetem 5. Lebensjahr	Miete/Tag	2.40	01.01.2000 01.04.2019	S

### 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
15.30.01.00.1		Scheidenpessar Aus Silikon, Vinyl, Gummi; alle Formen und Grössen	1 Stück	63.00 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 Wegwerf- Scheidenpessar, inkl. Produkte zur kurzzeitigen (Tage bis wenige Wochen) Wiederverwendung	1 Stück	3.60 9.80	01.01.2002 01.04.2019	B,C

### 15.40 Analtampons

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

## 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.

### 17.01 Med. Kompressionswadenstrümpfe (A-D)

Limitation:

Bei Indikationen: ~~Stammvarizen, deutliche Stauzeichen, erhebliche Beinbeschwerden, Lymphstauungen. Maximal 2 Paar pro Jahr.~~

### 17.02 Med. Kompressionsstrümpfe und –Strumpfhosen –Halbschenkelstrümpfe (A-F) 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.

Bei ~~Für folgende~~ Indikationen: ~~Stammvarizen, deutliche Stauzeichen, erhebliche Beinbeschwerden, Lymphstauungen. Maximal 2 Paar pro Jahr.~~

- 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 Lymphknoten Chirurgie

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 Lymphknoten Chirurgie 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.
17.01.02.00.1 17.02.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.02.	1 Paar	73.80 69.75	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
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, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	178.00	01.04.2019	N
17.02.02.00.1 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	<del>98.10</del> 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, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	01.04.2019	N
17.03.02.00.1 17.02.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Paar	<del>106.20</del> 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, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	245.00	01.04.2019	N
17.04.02.00.1 17.02.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	<del>126.00</del> 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, befristet 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, befristet bis 31.12.2021	1 Stück	301.00	01.04.2019	N

**17.03 Med. Kompressionsschenkelstrümpfe (A-G)-strümpfe und-strumpfhosen (MKS), Kompressionsklassen 3 und 4 (≥ 34mmHg), 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.

Bei Für folgende Indikationen: ~~Stammvarizen, deutliche Stauzeichen, erhebliche Beinbeschwerden, Lymphstauungen. Maximal 2 Paar pro Jahr. Maximal 2 Paar pro Jahr.~~ 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.
47.01.03.00.1 47.01.04.00.1 17.03.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 (≥ 34mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	78.30 86.40 74.90	01.01.1996 01.01.1996 01.04.2019	N N B,C
17.03.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, nach Mass Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	182.00	01.04.2019	N
47.02.03.00.1 47.02.04.00.1 17.03.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	403.50 411.60 86.65	01.01.1996 01.01.1996 01.04.2019	N N B,C
17.03.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, nach Mass Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	01.04.2019	N
47.03.03.00.1 47.03.04.00.1 17.03.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.03.	1 Paar	411.60 420.60 105.45	01.01.1996 01.01.1996 01.04.2019	N N B,C
17.03.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, nach Mass Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation, befristet bis 31.12.2021	1 Paar	283.00	01.04.2019	N
47.04.03.00.1 17.03.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, (≥ 34 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Stück	431.40 130.00	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
17.03.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, (≥ 34 mmHg) rundgestrickt, nach Mass Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation, befristet bis 31.12.2021	1 Stück	292.00	01.04.2019	N

### 17.05 Spezielle Kompressionsstrümpfe

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.05.01.00.1	L	<p>Unterschenkel-Kompressionsstrumpf-System für die Behandlung beim Ulcus cruris</p> <p>1 Set mit 1 Strumpf und 2 Unterstrümpfen (<del>zum alternativen Waschen</del>)</p> <p>Limitation: 42 Sets pro betroffenes Bein und Jahr.</p> <p>Für folgenden Indikationen:</p> <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	<p>90.00</p> <p>96.60</p>	<p>01.01.2003</p> <p>01.04.2019</p>	B,C

## 17.12 Anziehilfen

### 17.12.01 Anziehilfen für med. Kompressionsstrümpfe

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

Limitation:

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

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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.12.01.00.1	L	Anziehilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Gleithilfen Limitation: siehe Pos. 17.12.01	1 Stück	39.00	01.04.2019	N
17.12.01.01.1	L	Anziehilfen 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

### 17.10~~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.
47.10.01.00.1 17.15.01.00.1	L	Bein-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif-Vertrag in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MwSt Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019	C
47.10.02.00.1 17.15.02.00.1	L	Hand-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif-Vertrag in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MwSt Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019	C
47.10.03.00.1 17.15.03.00.1	L	Arm-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif-Vertrag in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MwSt Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019	C
47.10.04.00.1 17.15.04.00.1	L	Leib/Rumpf-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif-Vertrag in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MwSt Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019	C
47.10.05.00.1 17.15.05.00.1	L	Kopf-/Hals-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif-Vertrag in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MwSt Limitation: siehe Pos. 17.15			01.01.2017 01.04.2019	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 ausgebaute 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 $\geq 100\text{ml}$ (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	2'600.00	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	1 Stück	1'450.00	01.04.2019	N

		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				
17.20.01.00.2	L	Apparat (10-12-Kammersystem) zur sequentiellen peristaltischen Druckmassage 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	<del>3.15</del> 2.60	01.01.1996 01.04.2019	N B,C
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
17.20.01.00.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (10-12-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	520.00	01.04.2019	N
17.20.01.01.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (4-8-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	270.00	01.04.2019	N

### 17.30.01c Zinkleimbinden

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
17.30.01.20.1		Zinkleimbinden Länge 5m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	<del>12.70</del> 13.65	<del>01.10.2018</del> 01.04.2019	N B
17.30.01.21.1		Zinkleimbinden Länge 7m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	<del>16.20</del> 18.60	<del>01.10.2018</del> 01.04.2019	N B
17.30.01.22.1		Zinkleimbinden Länge 9m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	<del>21.20</del> 24.95	<del>01.10.2018</del> 01.04.2019	N B

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

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

Limitation:

- Verordnung nur durch Fachärzte 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, befristet auf 2 Jahre bis 30.06.2019

<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 Positionen 21.03.01.01.1 und 21.03.01.02.1 für die Teststreifen statthaft.	1 Stück	65.30	01.07.2017	N
21.06.02.00.1	L	Sensoren (Tragedauer 14 Tage ohne Kalibrierung)  Limitation: maximal 27 Sensoren pro Jahr ( <i>pro rata</i> )	1 Stück	65.30	01.07.2017 <i>01.04.2019</i>	N <i>C</i>

## 29. STOMAARTIKEL

Bei der Verrechnung ist jeweils die Positions-Nummer anzugeben, damit der Krankversicherer die Jahreskosten ermitteln kann. In speziellen medizinisch begründeten Fällen können vom Krankversicherer auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden.

### 29.01 Coelestomie Stomaversorgung (Colo-, Ileo-, Urostomie, Fisteln)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
29.01.01.00.1		Material für Coelestomieversorgung 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)	6'300.00 5'040.00	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

### 29.02 Ileostomie/Fisteln

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
29.02.01.00.1		Material für Ileostomie- und Fistelversorgung	pro Jahr (pro rata)	5'400.00	01.01.1996 01.04.2019	N S

### 29.03 Urostomie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
29.03.01.00.1		Material für Urostomieversorgung	pro Jahr (pro rata)	6'300.00	01.01.1996 01.04.2019	N S

**35. VERBANDMATERIAL**

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

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

**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 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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
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

99.10 Gleitmittel

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
99.10.01.01.1		Gleitmittel, unsteril, ohne Anästhetikum, Portion	1 Stück	0.60	01.01.1999 01.04.2019	S
99.10.01.02.1		Gleitmittel unsteril ohne Anästhetikum, Tube ≥ 80g	1 Stück	6.30 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	2.80 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
99.10.04.01.1		Gleitmittel, steril + Anästhetikum, Einzelportion	1 Stück	5.30	01.01.1999 01.04.2019	S
99.10.04.02.1		Gleitmittel, steril + Anästhetikum, Packung 2-10 Portionen	pro Portion	3.80	01.01.1999 01.04.2019	S
99.10.04.03.1		Gleitmittel, steril + Anästhetikum, Packung 11-50 Portionen	pro Portion	3.50	01.01.1999 01.04.2019	S
99.10.04.04.1		Gleitmittel, steril + Anästhetikum, Packung 51-100 Portionen	pro Portion	2.30	01.01.1999 01.04.2019	S

99.12 Mittel für die Wundbehandlung

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
99.12.01.00.1		Hydrophile Mikroperlen zur Wundreinigung	60-g	95.90	01.01.1999 01.04.2019	N S