

---

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

### Änderungen per 1. Januar 2020

#### Vorbemerkungen

#### 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:

~~Gemäss den Koordinationsregeln in den Artikeln 64 und 65 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie Artikel 110 KVV übernehmen die Sozialversicherungen jeweils Leistungen nach den Voraussetzungen des Einzelgesetzes. Sofern eine Leistung die Voraussetzungen von mehreren Gesetzen erfüllt, geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten: 1. MV, 2. UV, 3. AHV/IV, 4. OKP.~~

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 ~~obligatorische Krankenpflegeversicherung (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.

#### 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 ~~werden erfolgt~~ grundsätzlich ~~von der AHV, IV oder UV übernommen~~ 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 ~~(siehe auch Erläuterungen unter 2.3)~~.

## 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 Stuhlgang** 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.

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

### 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 für Endokrinologie / Diabetologie, die **in Erfahrung in der Anwendung** der CGM-Technologie **ausgebildet sind-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