

Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege- Leistungsverordnung, KLV)

832.112.31

---

Anhang 2 <sup>1</sup>  
(Art. 20a)

Kommentierte

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

vom 1. Januar 2018

berücksichtigt die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beschlossenen Änderungen vom 28. November 2017 <sup>3</sup>

---

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

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

<sup>3</sup>AS 2017



## Inhaltsübersicht

<b>1</b>	<b>Allgemeine Vorbemerkungen</b>	<b>5</b>
1.1	Rechtsgrundlagen . . . . .	5
<b>2</b>	<b>Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV</b>	<b>5</b>
2.1	Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen) . . . . .	5
2.2	Vergütungsregelung MiGeL (Art. 20 ff. KLV) . . . . .	6
2.3	Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen . . . . .	7
<b>3</b>	<b>Aufnahmeverfahren MiGeL</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Struktur der MiGeL</b>	<b>8</b>
4.1	Produktgruppen . . . . .	8
4.2	Positionsnummern . . . . .	8
4.3	Zuordnung Miete/Kauf, Kumulation von Positionen . . . . .	9
4.4	Limitationen . . . . .	9
4.5	Reparaturen . . . . .	9
<b>5</b>	<b>Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL)</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Abkürzungen</b>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)</b>	<b>18</b>
7.1	Produktgruppen-Übersicht . . . . .	18



## **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.

Die entsprechenden Gesetze und Verordnungen können beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern, bestellt oder unter der Internetadresse <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html> eingesehen und heruntergeladen werden.

## **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-3000 Bern 9.

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 Physiotherapeut/Physiotherapeutin) oder im Rahmen der Pflege in Pflegeheimen oder durch die Spitex angewandt werden, dürfen nicht über die MiGeL abgerechnet werden.

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 frei gestellt, 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 Produkten der MiGeL, bei denen im speziellen Fall die Bedingungen für eine Leistungspflicht einer anderen Sozialversicherung (AHV/IV/UV/MV) erfüllt sind, erbringt jene die Leistung und nicht die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Art. 110 KVV). (Beispiele: UV für Unfälle, für die eine obligatorische Unfallversicherung vorhanden ist; IV bei Orthesen und Prothesen, die über 1 Jahr angewendet werden).

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung erbringt keine ergänzenden Leistungen zur AHV/IV/UV/MV, wenn für die Behandlung oder Untersuchung eines Leidens die erwähnten Versicherungen leistungspflichtig sind (z.B. keine Kostenübernahme für die von der AHV nicht vergüteten 25% der Kosten für Hilfsmittel der AHV).

Gewisse Produkte sind grundsätzlich keine Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, jedoch erbringt diese in speziellen Fällen dafür Leistungen, wenn die Bedingungen für Leistungen der IV/AHV im medizinischen Bereich zwar erfüllt wären, die antragstellende Person aber die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV/AHV nicht erfüllt. Diese Produkte sind in der MiGeL mit dem entsprechenden Hinweis aufgeführt (z.B. Hörgeräte, Massschuhe).

## **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 Medizinische Leistungen (SML), Sekretariat EAMGK-MiGeL, 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 zu Händen 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 Untergruppe, 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**

Gerätoreparaturen sind in der Miete inbegriffen. Beim Kaufsystem erfolgt eine Vergütung nach Aufwand (bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschulden) nur auf vorgängige Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

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

### **01. Absauggeräte**

Produkte für die Absaugung von flüssigen oder festen Substanzen, die im oder am 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 in Form von verschiedenen Kategorien von elektromagnetischen Wellen.

## **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.

Im Falle einer Invalidität oder Anwendung über die Dauer eines Jahres hinaus sind Gehhilfen eine Pflichtleistung der Invalidenversicherung.

## **13. Hörhilfen**

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

Sie stellen primär eine Pflichtleistung der Invalidenversicherung (IV) und Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) dar. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet Hörgeräte nur in den Fällen, wo die medizinischen Voraussetzungen der AHV/IV-Bestimmungen erfüllt wären, die Person aber die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der entsprechenden Sozialversicherung nicht erfüllt. Die Vergütung erfolgt gemäss den Bestimmungen (Vertrag, Tarif, Indikationsstufen) der AHV/IV.

## 14. Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Diese Produkte entfalten ihre therapeutische Wirkung über den Atemtrakt. Sie dienen der Verabreichung von Substanzen über die Einatemluft und zur Unterstützung oder Ersetzung der Atemfunktion. Geräte für die Messung der Atemfunktionen sind in der Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen aufgeführt. Die Inhalations- und Atemtherapiegeräte beinhalten folgende Produktuntergruppen:

### Inhalationsgeräte

- Aerosolinhalationsgeräte

*Technische Anforderungen:*

Damit eine Wirkstoffdeposition am richtigen Zielort erfolgen kann, ist ein entsprechendes Tröpfchenspektrum notwendig:

- grosse und mittlere Bronchien: 80% < 10 µm, 40% < 6 µm
- mittlere/kleine Bronchien und Alveolen: 80% < 6 µm, 40% < 3 µm

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

- Beatmungs-Inhalationsgeräte (IPPB = intermittent positive pressure breathing)

Spezielle Inhalationsgeräte zur Überdruckbeatmung bei speziellen Ventilationsstörungen (nicht- oder minderbelüftete Lungenabschnitte). Sie sollen nur dann eingesetzt werden, wenn mit einem normalen Aerosolinhalationsgerät nicht die gewünschte therapeutische Wirkung erzielt werden kann, z.B. im Zusammenhang mit rezidivierenden Atelektasen, respiratorischer Insuffizienz, tracheobronchialer Instabilität.

### 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.

### Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation

Diese Geräte sollen das Lösen und Entfernen von Schleim in den Atemwegen erleichtern. Dies geschieht einerseits über einen positiven Druck bei der Ausatmung (PEP = Positive Expiratory Pressure) und andererseits über mechanische Impulse in Form von Vibration.

## 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  $O_2 = -183 \text{ }^\circ\text{C}$ . 1 l Flüssigsauerstoff ergibt 860 l gasförmigen Sauerstoff.

Keine Pflichtleistung für eine Sauerstofftherapie besteht bei:

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

- Ozontherapie

## **nCPAP-Geräte zur Schlafapnoebehandlung**

Beim CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) wird ein ständiger positiver Druck in den Atemwegen erzeugt, der diese „offen hält“. Da dies in der Regel über die Nase (nasal) erfolgt, werden solche Geräte mit nCPAP bezeichnet.

Wenn ein Gerät an verschiedenen geographischen Orten verwendet wird, ist die Funktion der automatischen Druckanpassung an Höhenveränderungen, notwendig.

Eine Therapie mit einem CPAP-Gerät setzt eine vorgängige korrekte Abklärung, Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf einer Anpassung und Therapieeinstellung durch spezialisiertes Hilfspersonal.

## **Geräte für die mechanische Heimventilation**

Geräte, die die Atemfunktion unterstützen oder ersetzen.

## **15. Inkontinenzhilfen**

Es sind in dieser Produktgruppe aufsaugende und ableitende Inkontinenzhilfen sowie Zubehör, Gleitmittel für Katheter und Bettnässer-Therapiegeräte aufgeführt.

*Inkontinenz ist das Unvermögen, Urin- und/oder Stuhlabgang willkürlich zu kontrollieren.*

*Urin-Inkontinenzgrade:*

**Leichte** Inkontinenz: Urinverlust < 100 ml/4 h

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

Dranginkontinenz, gemischte Inkontinenz. Abgang von mittleren bis grösseren Urinmengen in unregelmässigen Abständen bei Belastungen und starkem Harndrang mit nicht mehr beherrschbarem Urinabgang.

**Schwere** Inkontinenz: Urinverlust > 200 ml/4h

Dranginkontinenz, Reflexinkontinenz (neurogen, pathologischer spinaler Reflex, ohne Gefühl für Harndrang). Plötzliche, vollständige Blasenentleerung mit grossen Urinmengen.

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

## **Inkontinenz-Einlagen**

*Technische Hinweise:*

Saugfähiges, flüssigkeitsspeicherndes Material als Saugpolster. Rücknässeschutz/Vlies-schicht 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. Pessare aus Silikon können mit warmen 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.

## **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“, die nicht die Kriterien der Kompressionsklasse II erreichen, sind keine Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

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

Messgeräte für Körperzustände oder -funktionen dienen zur Eigenmessung bzw. Überwachung von Funktionsparametern durch den Versicherten selbst (bzw. allenfalls unter Beizug einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Betreuungsperson), 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).

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt in der Regel nur Orthesen zur vorübergehenden Anwendung, das heisst einer Anwendungsdauer bis zu einem Jahr. Orthesen, die länger oder andauernd benötigt werden, sind in der Regel Pflichtleistung der Invalidenversicherung (IV). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Orthesen, die länger als 1 Jahr angewendet werden nur dann, wenn die Versicherte oder der Versicherte wegen Nichterfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen keine IV-Leistungen erhält, nicht aber wenn die IV eine Vergütung wegen Nichterfüllens der medizinischen Voraussetzung ablehnt.

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 (Besitzstandsgarantie).

Schuheinlagen sind grundsätzlich keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## **24. Prothesen**

Prothesen sind Produkte, die dem Ersatz von Körperteilen dienen.

Prothesen, die länger oder andauernd benötigt werden, sind in der Regel Pflichtleistung der Invalidenversicherung (IV) bis zur gesetzlichen Altersgrenze. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Prothesen nur dann, wenn die versicherte Person wegen Nichterfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 IVG) keine IV-Leistungen erhält, nicht aber wenn die IV eine Vergütung wegen Nichterfüllens der medizinischen Voraussetzung ablehnt.

Bei Personen, die bei einer Erstversorgung mit einer Prothese älter als die Altersgrenze der IV sind, ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistungspflichtig. Die AHV übernimmt keine Leistungen für Prothesen.

Für Versicherte der AHV, die früher 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 (Besitzstandsgarantie).

## **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.

## **29. Stomaartikel**

Als Stomaartikel werden Produkte bezeichnet, die der Versorgung von operativ angelegten Körperöffnungen von Dünndarm, Dickdarm oder Harnleiter in der vorderen Bauchdecke dienen.

## **30. Therapeutische Bewegungsgeräte**

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

## **31. Tracheostoma-Hilfsmittel**

Es handelt sich dabei um Produkte, die zur Versorgung eines Tracheostomas (operativ angelegter Luftröhrenzugang am Hals) dienen, wenn dies für die Atmung notwendig ist, weil diese nicht mehr – oder nur noch teilweise – durch Nase und Mund erfolgen kann.

## **34. Verbandmaterial**

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

## **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 Orthopädieschuhmachermeister-Verbandes (SSOMV)
Rev.	<b>Revision: Art der Revision einer Position in der aktuellen MiGeL:</b> <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
UV	Unfall-Versicherung
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
Ziff.	Ziffer

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

Fassung vom: 1.1.2018

### **7.1 Produktgruppen-Übersicht**

- 01. ABSAUGGERAETE
- 03. APPLIKATIONSHILFEN
- 05. BANDAGEN
- 06. BESTRAHLUNGSGERAETE
- 09. ELEKTROSTIMULATIONSGERAETE
- 10. GEHHILFEN
- 13. HOERHILFEN
- 14. INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERAETE
- 15. INKONTINENZHILFEN
- 16. KAELTE- und/oder WAERMETHERAPIE-MITTEL
- 17. KOMPRESSIONSTHERAPIEMITTEL
- 21. MESSGERAETE für KOERPERZUSTAENDE/-FUNKTIONEN
- 23. ORTHESEN
- 24. PROTHESEN
- 25. SEHHILFEN
- 29. STOMAARTIKEL
- 30. THERAPEUTISCHE BEWEGUNGSGERAETE
- 31. TRACHEOSTOMA-ARTIKEL
- 34. VERBANDMATERIAL
- 99. VERSCHIEDENES

**01. ABSAUGGERÄTE**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**01.01 Milchpumpen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
01.01.01.00.1	Milchpumpe, handbetrieben, Kauf	1 Stück	30.60	01.01.1996
01.01.02.00.2	Milchpumpe, elektrisch, Miete	Miete/Tag	2.00	01.01.1996
01.01.02.01.2	Miete Milchpumpe, elektrisch	Grundgebühr	6.30	01.01.1996
01.01.02.02.2	Zubehörset zu Milchpumpe elektrisch	1 Stück	17.10	01.01.1996

**01.02 Absauggeräte für Atemwege**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
01.02.01.00.2	Tracheal-Absauggerät, Miete	Miete/Tag	3.20	01.01.1996
01.02.01.01.2	Verbrauchsmaterial zu Tracheal-Absauggerät (Absaugsonden, Sekretbeutel, Silikonbeutel und Filter) Pauschale pro Monat	pro Monat	150.00	15.07.2015 C

**01.03 Absaugsystem für Pleuraerguss und Ascites**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
01.03.01.01.1	Drainage Set, 500 ml Pleura-Drainage, mit Vakuum, steril	10 Stück	854.10	01.01.2012
01.03.01.02.1	Drainage Set, 1000 ml Pleura-Drainage, ohne Vakuum, steril	10 Stück	854.10	01.01.2012
01.03.01.03.1	Drainage-Set, 1000 ml Aszites-Drainage, mit Vakuum, steril	10 Stück	854.10	01.01.2012

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
01.03.01.04.1	Drainage-Set, 2000 ml Aszites-Drainage, ohne Vakuum, steril	10 Stück	854.10	01.01.2012
01.03.02.01.1	Verbindungsschlauch, steril	10 Stück	294.65	01.01.2012
01.03.02.02.1	Sicherheitsklemme, unsteril	2 Stück	27.75	01.01.2012
01.03.02.03.1	Pauschale für die Erstinstruktion, einmalige Instruktion bei Therapiebeginn zu Hause	Pauschale	70.00	01.01.2012

**03. APPLIKATIONSHILFEN**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**03.01 Applikationshilfen für die künstliche Ernährung**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
03.02.01.00.2	L Insulinpumpen-System Pauschale für Miete Gerät, inkl. Zubehör und Verbrauchsmaterial. Limitation: Zur Insulintherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei extrem labilem Diabetes</li> <li>• wenn die Einstellung auch mit der Methode der Mehrfachinjektionen unbefriedigend ist</li> <li>• Indikationen des Pumpeneinsatzes und Betreuung des Patienten / der Patientin durch Fachärzte für Endokrinologie / Diabetologie, die in der Insulinpumpen-Therapie ausgebildet sind oder durch ein qualifiziertes Zentrum mit mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Endokrinologie / Diabetologie, der / die in der Insulinpumpen-Therapie ausgebildet ist.</li> </ul>	Pauschale/Tag	9.00	01.01.2018 C
03.02.01.01.2	L Insulinpumpen-System, Mietzusatz inkl. Zubehör und Verbrauchsmaterial Limitation s. Pos. 03.02.01.00.2. In ausgewiesenen Einzelfällen bei entsprechend höherem Tagesverbrauch: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	Zusätzliche Pauschale/Tag	1.80	01.01.2018 C

**03.03 Infusionspumpen**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
03.03.01.00.1	L Infusionspumpe, für Volumen von 3-10 ml, tragbar, Kauf Limitation: siehe 03.03.	1 Stück	2'295.00	01.01.2000
03.03.01.00.2	L Infusionspumpe, für Volumen von 3-10 ml, tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial. Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	9.00	01.01.2000
03.03.01.01.3	Ampulle zu Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	3.50	01.01.2000
03.03.01.02.3	Infusionsset mit Nadel zu Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	7.20	01.01.2000
03.03.01.03.3	Infusionsset mit Teflonkanüle zu Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	9.90	01.01.2001
03.03.01.04.3	Batterie zu Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	9.90	01.01.2000
03.03.01.05.3	Gewindestange zu Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	18.00	01.01.2000
03.03.01.06.3	Adapter zur Fixation an Infusionspumpe 3-10 ml	1 Stück	9.00	01.01.2000
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

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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 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 Rev.</i>
03.05.01.00.1	Insulin-Wegwerfspritzen mit Nadel	100 Stück	48.60	01.01.1996

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
03.05.02.00.1	L Wegwerfspritze mit Nadel Limitation: Sofern Injectabilia verordnet wurden (in der gleichen Anzahl wie die Ampullen) und der Patient oder seine Angehörigen für die (nicht vergütungspflichtige) Injektion sorgen.	1 Stück	0.60	01.01.1996
03.05.03.00.1	L Pen zur Injektion von Insulin, ohne Nadel Limitation: 1 Pen alle 3 Jahre	1 Stück	58.75	01.08.2007
03.05.03.01.1	Injektionsnadel zu Pen	1 Stück	0.30	01.08.2007
03.05.20.00.1	L Pen für verschiedene Medikamente verwendbares Injektionshilfegerät. Limitation: 1 Pen alle 2 Jahre	1 pro 2 Jahre	135.00	01.01.2009

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

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

**05.04 Knie**

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

**05.06 Hüfte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
05.06.01.00.1		Hüftdysplasie-/Luxationsbandagen Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST.			01.01.2017 C

**05.07 Hand**

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

**05.08 Ellenbogen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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**

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

**05.11 Leib / Rumpf**

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

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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**

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

**05.14 Lendenwirbelsäule**

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

**05.16 Bruch (Hernie), am jeweiligen Ort**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
05.16.01.00.1	Bruchband, einseitig	1 Stück	99.00	01.01.1996
05.16.02.00.1	Bruchband, doppelseitig	1 Stück	144.00	01.01.1996
05.16.03.00.1	Nabelbruchband	1 Stück	153.00	01.01.1996

**05.17 Suspensorien**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
05.17.01.00.1	Wasserbruchsuspensorium	1 Stück	171.00	01.01.1996
05.17.02.00.1	Suspensorium nach operativem Eingriff	1 Stück	27.00	01.01.1996

**06. BESTRAHLUNGSGERAETE**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**06.01 Lichttherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
06.01.01.00.1	L	Lampe zur Lichttherapie, Kauf Limitation: Bei saisonaler Depression (Saesonal Affective Disorder, SAD).	1 Stück	350.00	01.01.2017 B
06.01.01.00.2	L	Lampe zur Lichttherapie, Miete Limitation: Bei saisonaler Depression (Seasonal Affective Disorder, SAD). Miete Max. 3 Monate jährlich.	Miete/Tag	1.80	01.01.1998

**06.02 UV-Bestrahlungsgeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
06.02.01.00.2	L	UV-Ganzkörperbestrahlungsgerät Limitation: Zur Psoriasis-Therapie.	Miete/Tag	7.20	01.01.1996
06.02.02.00.1	L	UV-Bestrahlungsgerät sektoriell Limitation: zur Psoriasis-Therapie 1 Gerät alle 10 Jahre	1 Stück	459.00	01.01.2014
06.02.02.00.2	L	UV-Bestrahlungsgerät sektoriell Limitation: Zur Psoriasis-Therapie.	Miete/Tag	1.40	01.01.1996
06.02.02.01.1	L	Leuchtröhre Limitation: alle 4 Jahre	Stück	89.00	01.01.2014
06.02.02.02.1	L	Wartungskosten Limitation: alle 2 Jahre		97.00	01.01.2014

**09. ELEKTROSTIMULATIONSGERAETE**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand 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 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	765.00	01.01.2000
09.01.01.01.1	L Achselektrode zu Iontophoresegerät Limitation: Einmalige Abgabe pro Person	1 Paar	81.00	01.01.2000

**09.02 Nervenstimulationsgeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
09.02.01.00.1	<p>L Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Kauf Zur Schmerztherapie. 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 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 Carpaltunneloperation.</li> </ul> </li> </ul>	1 Stück	270.00	01.01.2018 C
09.02.01.00.2	<p>L Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Miete Zur Schmerztherapie. Miete mindestens für 10 Tage. 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 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. 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>	Miete pro Tag	124.00	01.01.2018 C V

In Evaluation, befristet bis 31.12.2018

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab 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	L 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	Grundgebühr	6.30	01.01.2018 C

**10.02 Höhenausgleich für Gips und Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
10.02.01.00.1	L 2-stufige Höhenausgleichssohle für Gips und Orthesen Limitation: 1 Stück pro Behandlungsfall	1 Stück	39.00	01.01.2015

**13. HOERHILFEN****13.01 Hörgeräte**

Die Vergütung für Hörgeräte und Batterien erfolgt subsidiär zur AHV/IV nur in den Fällen, wo die medizinischen Voraussetzungen der AHV/IV-Bestimmungen erfüllt wären, die antragstellende Person aber die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der entsprechenden Sozialversicherung nicht erfüllt. Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen (Vertrag, Tarif, Indikationsstufen) der AHV/IV.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
13.01.01.00.1	Hörgerät Vergütung nur subsidiär zur IV/AHV, entsprechend den unter Position 13.01 Hörgeräte genannten Voraussetzungen.			01.07.2001
13.01.01.01.1	Batterien zu Hörgerät, monaurale Versorgung Vergütung nur subsidiär zur IV, entsprechend den unter Position 13.01 Hörgeräte genannten Voraussetzungen. 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
13.01.01.02.1	Batterien zu Hörgerät, binaurale Versorgung Vergütung nur subsidiär zur IV, entsprechend den unter Position 13.01 Hörgeräte genannten Voraussetzungen. 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
13.01.01.03.1	Batterien, Service und Unterhalt für implantierte Hörhilfe (u.a. Cochlea-Implantate). Vergütung nur subsidiär zur IV, entsprechend den unter Position 13.01 Hörgeräte genannten Voraussetzungen. 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	01.01.2016 C

**14. INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERÄTE**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**14.01 Inhalationsgeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.01.01.00.1	L	Aerosol-Apparat, Kauf Komplett, inkl. Original passender Vernebler. Limitation: 1 Gerät alle 5 Jahre.	1 Stück	350.00	01.01.1999
14.01.01.00.2		Aerosol-Apparat, Miete Komplett, inkl. Verbrauchsmaterial	Miete/Tag	1.00	01.07.2010
14.01.01.01.3		Medikamentenvernebler zu Aerosol-Apparat	1 Stück	44.00	15.07.2015 C
14.01.01.02.2		Pauschale für Erstinstallation eines Aerosol- Apparats, Aufbereitung, Instruktion, Rücknahme des Geräts, Reinigung und Wiederaufbereitung Diese Position wird pro Miete einmalig vergütet.	Pauschale	30.00	15.07.2015 C
14.01.01.10.3		Silikonmaske zu Aerosol-Apparat für Kleinkinder bis 2 Jahre	1 Stück	46.80	01.08.2016 C
14.01.01.90.1		Wartungskosten Aerosolapparat inkl. Wartungsmaterial.	pro Jahr	90.00	01.01.1999
14.01.02.00.2		IPPB-Gerät (Pressure-/Volume-Breathing-Gerät)	Miete/Tag	4.10	01.01.1996
14.01.03.00.1	L	Aerosol-Apparat mit Mesh-Technologie komplett, inkl. original passender Vernebler. Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Patienten mit Cystischer Fibrose, die Pseudomonas aeruginosa-positiv sind; und</li> <li>• Gerät durch CF-Zentrum verschrieben.</li> </ul>	1 Gerät	1'200.00	01.01.2016 C
14.01.03.01.1		Vernebler und Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat mit Mesh-Technologie	1 Stück	136.00	01.01.2010
14.01.03.02.1		Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat mit Mesh- Technologie	1 Stück	90.00	01.01.2010

Positions-Nr.	L Bezeichnung	Menge Einheit	HVB	Gültig ab Rev.
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 Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cystische Fibrose (CF) und Primäre Ciliäre Dyskinesie (PCD) mit chronisch bakterieller Lungenentzündung durch Pseudomonas aeruginosa. Gerät nur durch anerkanntes CF-Zentrum verschrieben.</li> <li>• Sehr schweres Asthma (Grad IV nach GINA) und gleichzeitig Bedarf einer Behandlung mit oralen Kortikosteroiden (systemische Steroiddauerbehandlung). Gerät nur durch Facharzt für Pneumologie oder Lungenfachklinik verschrieben.</li> </ul>	1 Stück	3'658.40	01.01.2012
14.01.04.00.2	L Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie Mietpauschale inkl. Verbrauchsmaterial und Hygieneartikel für 3 Monate Limitation: siehe 14.01.04.00.1	3 Monate	860.80	01.01.2012
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 für Patient.	Pro Jahr	322.80	01.01.2012

## 14.02 Vorschaltkammern zu Dosieraerosolen

Positions-Nr.	L Bezeichnung	Menge Einheit	HVB	Gültig ab Rev.
14.02.00.01.1	Maske zu Vorschaltkammer	1 Stück	6.60	01.01.1999
14.02.01.00.1	Vorschaltkammer für Dosieraerosole für Personen ab dem sechsten Lebensjahr	1 Stück	13.50	01.01.2016 C
14.02.02.00.1	Vorschaltkammer für Dosieraerosole für Personen bis zum vollendeten fünften Lebensjahr	1 Stück	31.50	01.01.2016 C

**14.03 Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.03.01.00.1	PEP-Taschengerät zur Erzeugung von kontrollierten, oszillierenden, positiven Druckschwankungen	1 Stück	45.00	01.01.1999
14.03.10.00.2	L Mechanischer In-/Exsufflator inkl. Stativ fahrbar, inkl. sämtliches Verbrauchsmaterial, inkl. Wartung und Reparatur samt Material, Miete Limitation: bei Patienten mit schwachem Hustenstoss infolge neuromuskulärer Störungen, die eine Heimventilationsbehandlung benötigen. Verschreibung durch den Pneumologen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	Miete/Tag	15.15	01.01.2018 C
14.03.10.01.2	Erstinstallationspauschale für mechanischen In-/Exsufflator inkl. Transport, Installation, Aufbereitung, Instruktion, Rücknahme des Geräts, Reinigung und Wiederaufbereitung	Pauschale	586.40	01.08.2007
14.03.11.00.1	L Atemtherapiegerät mit kontrollierter CO <sub>2</sub> -Rückatmung zur Verbesserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Sekretmobilisation. Limitation: Maximal 1 Gerät alle fünf Jahre Verschreibung nur durch Fachärzte für Pneumologie. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Bei vorgängiger Miete wird die bis dahin bezahlte Miete auf den Kaufpreis angerechnet.	1 Stück	1'680.00	01.01.2018 C
14.03.11.00.2	L Atemtherapiegerät mit kontrollierter CO <sub>2</sub> -Rückatmung zur Verbesserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Sekretmobilisation. Limitation: Miete maximal 3 Monate	Miete / Tag	4.10	01.01.2012
14.03.11.01.3	L Atmungsbeutel Limitation: 1 mal pro Jahr	1 Stück	75.00	15.07.2015 C
14.03.11.02.3	L Mundstück Limitation: 1 mal pro Jahr	1 Stück	12.00	15.07.2015 C
14.03.11.03.3	Schulung (Erstinstruktion) zum Atemtherapiegerät	Pauschale	200.00	15.07.2015 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.

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

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge Einheit	HVB	Gültig ab Rev.
14.10.04.01.2	L	Druckgas-Integralflasche, 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
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

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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 vorgängi- ge 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	01.01.2016 C
14.10.25.00.2	L Sauerstoff-Konzentrator mit Abfüllsystem für Druck- gasflaschen, Miete inklusive Verbrauchsmaterial, Zubehör, Druckgasfla- schen (mind. 2 Stück) Sparventil und Wartung. Limitation: Bei Therapiedauer länger als 3 Monate nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versi- cherers für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeit- therapie gemäss der unter der Pos. 14.10. genann- ten Limitation.	Miete/Tag	14.10	01.01.2003
14.10.25.01.2	Erstinstallationspauschale für Sauerstoff-Konzen- trator mit integriertem Abfüllsystem für Druckgasfla- schen, inkl. Lieferung.	Pauschale	288.00	01.01.2003

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.10.30.00.2	<p>L Sauerstoff-Flüssiggas-System, Miete Mit stationärem und tragbarem Behälter, Zubehör, Verbrauchsmaterial, Sauerstoff-Füllungen, Lieferung und Wartung. Limitation: Zusätzlich zu den unter der Pos. 14.10 genannten Limitationen gelten folgende Vorausset- zungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilität mit regelmässigem täglichem Auf- enthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person</li> <li>• Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessun- gen unter standardisierter Belastung (Blut- gasanalysen oder transkutane Oxymetrie) oh- ne 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 Kostengut- sprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungs- zeitraumes von 12 Monaten</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige beson- dere 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 nCPAP-Geräte

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.11.00.01.0	Atemluftbefeuchter zu nCPAP, siehe Position 14.12.99.01			

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.11.01.00.1	L nCPAP-Gerät ohne Druckausgleich und Datenspeicherung, Kauf Limitation: 1 Gerät alle 5 Jahre.	1 Stück	1'000.00	01.01.2017 B
14.11.02.00.1	L nCPAP-Gerät mit Druckausgleich und Datenspeicherung, Kauf Limitation: 1 Gerät alle 5 Jahre.	1 Stück	1'500.00	01.01.2017 B
14.11.02.00.2	nCPAP-Gerät mit Druckausgleich und Datenspeicherung, Miete, inkl. Verbrauchsmaterial, Wartung und Reparatur.	Miete/Tag	3.35	01.07.2012
14.11.02.01.1	Verbrauchsmaterial für nCPAP-Geräte	pro Jahr	405.00	01.01.1999
14.11.02.01.2	Pauschale für den 1. Monat bei Neuvermietung nCPAP-Gerät	Pauschale	550.00	01.07.2012
14.11.02.90.1	Wartungskosten nCPAP-Geräte	pro 2 Jahre	135.00	01.01.1999

**14.12 Geräte für die mechanische Heimventilation**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.12.01.00.1	Beatmungsgerät bi-level, atemgesteuert, Kauf	1 Stück	4'020.00	01.01.2017 B
14.12.01.00.2	Beatmungsgerät bi-level, atemgesteuert, Miete	Miete/Tag	7.55	01.01.1999
14.12.01.01.3	Verbrauchsmaterial zu Beatmungsgerät bi-level, atemgesteuert 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	405.00	01.07.1999
14.12.01.90.1	Wartungskosten für Beatmungsgerät bi-level, atemgesteuert Positionen können im Zeitverlauf kumuliert werden (z.B. Wartung alle 2 Jahre zum doppelten Betrag anstelle jährlicher Wartung zum aufgeführten Betrag).	pro Jahr	360.00	01.01.2001
14.12.02.00.1	Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Kauf	1 Stück	7'560.00	01.01.2017 B
14.12.02.00.2	Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete	Miete/Tag	15.55	01.01.2001

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.12.02.01.3	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
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
14.12.03.00.1	Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Kauf	1 Stück	13'230.00	01.01.2017 B
14.12.03.00.2	Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete	Miete/Tag	25.20	01.01.2001
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
14.12.99.01.1	L Befeuchter standard, bei nicht-invasiver Beatmung, Kauf Limitation: Zu nCPAP und Heimventilationsgeräten ohne integrierten Befeuchter	1 Stück	350.00	01.01.2017 B
14.12.99.01.2	L Befeuchter standard, bei nicht-invasiver Beatmung, Miete Limitation: Zu nCPAP und Heimventilationsgeräten ohne integrierten Befeuchter.	Miete/Tag	0.45	01.07.2012
14.12.99.02.1	Befeuchter spezial, bei Beatmung über ein Tracheostoma, Kauf Zu nCPAP und mechanischen Heimventilationsgeräten.	1 Stück	2'506.00	01.01.2001

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
14.12.99.02.2	Befeuchter spezial, bei Beatmung über ein Tracheostoma, Miete Zu nCPAP und mechanischen Heimventilationsgeräten.	Miete/Tag	3.60	01.01.2001

## 15. INKONTINENZHILFEN

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

(ableitende Hilfsmittel siehe separate MiGeL-Positions-Nummern. Ausnahme: Urinalkondome 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). Slip-einlagen gelten nicht als Inkontinenzmittel nach MiGeL.

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.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.01.01.00.1	L Material für mittlere Inkontinenz Limitation: Nur bei durch Krankheit oder Unfall bedingter Inkontinenz wie z. B. Multipler Sklerose, Querschnittlähmung, cerebraler Lähmung, Morbus Parkinson, Demenz.	pro Jahr (pro rata)	624.00	01.01.2011
15.01.02.00.1	L Material für schwere Inkontinenz (inkl. Urinalkondome)	pro Jahr (pro rata)	1'260.00	01.01.2011
15.01.03.00.1	L Material für totale Inkontinenz (inkl. Urinalkondome)	pro Jahr (pro rata)	1'884.00	01.01.2011

### 15.10 Einmalblasenkatheter

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.10.01.00.1	Einmalblasenkatheter ohne Gleitmittel/ohne Beutel mit Nelaton- oder Tiemannspitze	1 Stück	0.80	01.01.2005

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.10.01.01.1	Einmalblasenkatheter ohne Gleitmittel/ohne Beutel mit flexibler Spitze	1 Stück	2.25	01.01.2005
15.10.02.00.1	Einmalblasenkatheter mit Gleitmittel, ohne Beutel mit Nelaton- oder Tiemannspitze	1 Stück	4.50	01.01.2005
15.10.02.01.1	L Einmalblasenkatheter mit Gleitmittel, ohne Beutel Ready to use, mit Nelaton- oder Tiemannspitze Limitation: bei erhöhter Infektionsgefahr	1 Stück	6.75	01.01.2005
15.10.03.00.1	L Einmalblasenkatheter mit Gleitmittel, mit Beutel Ready to use Kit und Set, mit Nelaton- oder Tiemannspitze Limitation: bei erhöhter Infektionsgefahr	1 Stück	8.30	01.01.2005
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

**15.11 Verweilkatheter**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.11.01.00.1	Verweilkatheter Latex (Verweildauer max. 5 Tage)	1 Stück	3.35	01.01.1999
15.11.02.00.1	Verweilkatheter Latex für Kinder	1 Stück	11.90	01.01.1999
15.11.03.00.1	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel (Verweildauer max. 21 Tage)	1 Stück	7.65	01.01.1999
15.11.04.00.1	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel für Kinder (Verweildauer max. 21 Tage)	1 Stück	18.00	01.01.1999
15.11.10.00.1	L Verweilkatheter aus 100% Silikon (Verweildauer 4 Wochen) Limitation: Bei Latexallergie.	1 Stück	18.00	01.01.1999
15.11.11.00.1	L Verweilkatheter aus 100% Silikon für Kinder (Verweildauer 4 Wochen) Limitation: Bei Latexallergie.	1 Stück	20.50	01.01.1999

**15.13 Katheter-Zubehör**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.13.01.00.1	Katheterverschluss	1 Stück	0.80	01.01.1999
15.13.02.00.1	Beinkatheterspiegel	1 Stück	15.75	01.01.1997
15.13.10.00.1	Steriles, gebrauchsfertiges Spülsystem zur Katheter- pflege und intravesikalen Instillation NaCl 0,9%, 100 ml	1 Stück	8.00	01.01.2014

**15.14 Urin-Beinbeutel**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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	4.30	01.01.1999
15.14.05.00.1	Urin-Beinbeutel mit Ablauf, steril geschlossenes System mit Tropfkammer Verwendungsdauer ca. 4 Wochen.	1 Stück	24.75	01.01.1999
15.14.06.00.1	L Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, unsteril Limitation: für Rollstuhlfahrer/Innen	1 Stück	4.50	01.08.2007
15.14.07.00.1	L Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, steril Limitation: für Rollstuhlfahrer/innen	1 Stück	6.00	01.08.2007
15.14.99.01.1	Beinbeutel tasche + Gurt	1 Stück	37.80	01.01.1996
15.14.99.02.1	Haltebänder für Urinbeutel	1 Paar	25.90	01.01.1999

**15.15 Urin-Bettbeutel**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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
15.15.03.00.1	Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.90	01.01.1999

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.15.04.00.1	Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	2.70	01.01.1999
15.15.99.01.1	Halterung/Befestigung für Bettbeutel	1 Stück	5.85	01.01.1996

### 15.16 Urinalkondome / Rolltrichter

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.16.01.00.1	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus Latex, ohne Klebestreifen	1 Stück	1.90	01.01.1998
15.16.02.00.1	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus Latex, mit Klebestreifen	1 Stück	3.15	01.01.1998
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, allein	1 Stück	1.25	01.01.1998

### 15.17 Anale Irrigation

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.17.01.00.1	L Anale Irrigation Limitation: Stuhlinkontinenz III <sup>o</sup> (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	01.07.2011

### 15.20 Bettnässer-Therapiegeräte

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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	01.01.2000

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

**15.21 Aufsaugende Enuresis-Produkte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.21.01.00.1	L Bettunterlagen und Windelhöschen Limitation: Für Kinder nach dem vollendeten 5. Lebensjahr	pro Jahr (pro rata)	170.00	01.01.2017 N

**15.30 Pessare**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
15.30.01.00.1	Scheidenpessar Aus Silikon, Vinyl, Gummi; alle Formen und Grössen.	1 Stück	63.00	01.01.2002
15.30.50.00.1	Wegwerf-Scheidenpessar	1 Stück	3.60	01.01.2002

**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 Rev.</i>
16.01.01.00.1	Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>	1 Stück	18.00	01.01.1997
16.01.02.00.1	Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>	1 Stück	22.50	01.01.1997

**17. KOMPRESSIIONSTHERAPIEMITTEL****17.01 Med. Kompressionswadenstrümpfe (A-D)**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.01.02.00.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Klasse II Limitation: siehe Pos. 17.01.	1 Paar	73.80	01.01.1996
17.01.03.00.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Klasse III Limitation: siehe Pos. 17.01.	1 Paar	78.30	01.01.1996
17.01.04.00.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Klasse IV Limitation: siehe Pos. 17.01.	1 Paar	86.40	01.01.1996

**17.02 Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe (A-F)**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.02.02.00.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Klasse II Limitation: siehe Pos. 17.02.	1 Paar	98.10	01.01.1996
17.02.03.00.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Klasse III Limitation: siehe Pos. 17.02.	1 Paar	103.50	01.01.1996
17.02.04.00.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Klasse IV Limitation: siehe Pos. 17.02.	1 Paar	111.60	01.01.1996

**17.03 Med. Kompressionsschenkelstrümpfe (A-G)**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.03.02.00.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Klasse II Limitation: siehe Pos. 17.03.	1 Paar	106.20	01.01.1996
17.03.03.00.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Klasse III Limitation: siehe Pos. 17.03.	1 Paar	111.60	01.01.1996
17.03.04.00.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Klasse IV Limitation: siehe Pos. 17.03.	1 Paar	120.60	01.01.1996

**17.04 Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T)**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.04.02.00.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Klasse II Limitation: siehe Pos. 17.04.	1 Paar	126.00	01.01.1996
17.04.03.00.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Klasse III Limitation: siehe Pos. 17.04.	1 Paar	131.40	01.01.1996

**17.05 Spezielle Kompressionsstrümpfe**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.05.01.00.1	L	Unterschenkel-Kompressionsstrumpf-System für die Behandlung beim Ulcus cruris Limitation: 1 Set mit 1 Strumpf und 2 Unterstrümpfen (zum alternativen Waschen), pro Bein und Jahr.	1 Set	90.00	01.01.2003

**17.10 Kompressionsbandagen Massanfertigung**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.10.01.00.1	Bein-Kompressionsbandage nach Mass (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C
17.10.02.00.1	Hand-Kompressionsbandage nach Mass (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C
17.10.03.00.1	Arm-Kompressionsbandage nach Mass (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C
17.10.04.00.1	Leib/Rumpf-Kompressionsbandage nach Mass (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C
17.10.05.00.1	Kopf-/Hals-Kompressionsbandage nach Mass (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C

**17.20 Apparate zur Kompressionstherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
17.20.01.00.2	Apparat zur sequentiellen peristaltischen Druckmassage	Miete/Tag	3.15	01.01.1996

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

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand 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**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.01.01.00.2	L Atemmonitor inklusive Elektroden. Limitation: Bei Risikosäuglingen nach Verordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle. (SIDS: Sudden Infant Death Syndrome).	Miete/Tag	2.95	01.01.1996
21.01.02.00.2	L Atem- und Herzfrequenz-Monitor inklusive Elektroden. Limitation: Bei Risikosäuglingen nach Verordnung eines Arztes oder einer Ärztin einer regionalen SIDS-Abklärungsstelle. (SIDS: Sudden Infant Death Syndrome).	Miete/Tag	9.00	01.01.1996
21.01.03.00.1	L Portables Spirometriegerät Limitation: Nur bei lungentransplantierten Patienten	Stück	500.00	01.01.2013
21.01.03.01.1	L Wartung, Kalibrierung, Desinfektion Spirometriegerät Limitation: 1 mal pro Jahr	pro Jahr	120.00	01.01.2013
21.01.03.02.1	L Mundstück Spirometriegerät Limitation: 1 mal pro Jahr	500 Stück	99.30	01.01.2013
21.01.10.00.1	Peak-Flow-Meter, für Erwachsene	1 Stück	45.00	01.01.1998
21.01.11.00.1	Peak-Flow-Meter, für Kinder	1 Stück	45.00	01.01.1998

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.02.01.00.1	L	Blutzucker-Messgerät Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	43.00	01.01.1996
21.02.03.00.1	L	Blutzucker-Messgerät mit integrierter Stechhilfe Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	65.50	01.01.1996
21.02.04.00.1	L	Blutzuckermessgerät mit integriertem elektronischem Insulinbolus-Ratgeber (Algorithmus bezieht mindestens folgende Parameter ein: Blutzuckerkorrektur (Korrekturbolus), vorgesehene Mahlzeit (Kohlenhydratbolus), Anpassung an gesundheitliche Umstände, Berücksichtigung von aktivem Insulin [Insulin-on-board]) Limitation: Max. 1 Gerät alle 2 Jahre Nur bei Patienten mit intensivierter konventioneller Insulintherapie ohne Insulinpumpe bei Erfüllung folgender Bedingungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgte Schulung im Kohlenhydrateschätzen</li> <li>• Verordnung nur durch Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Endokrinologie und/oder Diabetologie</li> </ul> Befristung bis 01.07.2018	1 Stück	78.00	01.08.2016 N
21.02.10.00.1	L	Blutzucker-Messgerät mit Sprachausgabe Limitation: Für blinde und stark sehbehinderte Diabetiker/innen. Max. 1 Gerät alle drei Jahre.	1 Stück	990.00	01.01.2000

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.02.11.00.1	<p>L Gerät zur Kontrolle der oralen Antikoagulation Limitation: 1 Gerät max. alle 5 Jahre; Bei Patienten mit lebenslanger oraler Antikoagulation bei:</p> <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> <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Die Patienten müssen ein Schulungs- zertifikat entsprechend den Leitfäden der Stiftung CoagulationCare in der Version 2016 vorweisen.</p> <p>Die Dokumente sind einsehbar unter: <a href="http://www.bag.admin.ch/ref">www.bag.admin.ch/ref</a></p>	1 Stück	850.00	01.01.2018 C
21.02.20.00.1	<p>Lanzettenautomat/Stechgerät Für die Anwendung von Lanzetten zur Blutentnahme für Blutzucker-Selbstkontrolle.</p>	1 Stück	22.50	01.01.1998

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.03.01.01.1	L Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Packung zu 50 Tests Bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit Gestationsdiabetes ohne Mengenbeschränkung Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern maximal 400 Teststreifen pro Jahr.		40.00	01.01.2017 B
21.03.01.02.1	L Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Packung zu 100 Tests Bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit Gestationsdiabetes ohne Mengenbeschränkung Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern maximal 400 Teststreifen pro Jahr		78.80	01.01.2017 B
21.03.01.03.1	Reagenzträger für Blutketonbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Packung zu 8 Tests		35.10	01.01.2004
21.03.05.00.1	Lanzetten für Stechgeräte Für Einmalgebrauch.	200 Stück	25.00	01.01.2011
21.03.10.10.1	Alkoholtupfer, imprägniert	100 Stück	5.85	01.01.1996
21.03.20.00.1	L Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit 1x24 Limitation: maximal Fr. 300.00 pro Jahr		175.30	01.07.2011
21.03.20.01.1	L Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit 2x24 Limitation: maximal Fr. 300.00 pro Jahr		296.85	01.07.2011

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.04.05.00.1	Reagenzträger für Urinzuckerbestimmungen Packung zu 50 Tests	1 Stück	13.45	01.01.2004

Positions-Nr.	L Bezeichnung	Menge Einheit	HVB	Gültig ab Rev.
21.04.10.00.1	Reagenzträger für kombinierte Bestimmung des Zuckers und der Ketonkörper im Urin Packung zu 50 Tests	1 Stück	14.85	01.01.2004
21.04.20.00.1	Reagenzträger für Albuminbestimmung im Urin Packung zu 50 Tests	1 Stück	20.60	01.01.2009

## 21.05 Kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) System

### Limitation:

Bei Patienten mit oder ohne Insulinpumpe unter folgenden Bedingungen:

- HbA1C-Wert gleich oder höher als 8 % und/oder bei schweren Hypoglykämien Grad II oder III oder bei schweren Formen von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisation
- Verschreibung nur durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie, die in der Anwendung der CGM-Technologie ausgebildet sind. Nach Ablauf der ersten 6 Monate ist eine Neubeurteilung durch den behandelnden Arzt erforderlich
- Bei einer Anwendungsdauer von mehr als 6 Monaten ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherten erforderlich

Positions-Nr.	L Bezeichnung	Menge Einheit	HVB	Gültig ab Rev.
21.05.01.00.1	L Glukosemonitoring System, Kauf Transmitter, inkl. Ladegerät und Teststecker Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Gerät pro Jahr</li> <li>• Bei vorgängiger Miete wird die bis dahin bezahlte Miete auf den Kaufpreis angerechnet</li> </ul>	1 Stück	963.00	01.07.2011
21.05.01.00.2	L Glukosemonitoring System Transmitter, inkl. Ladegerät und Teststecker Limitation: Mindestmietdauer 6 Monate	Miete / Tag	3.50	01.07.2011
21.05.02.01.3	Glukosesensoren	4 Stück	300.00	01.01.2013
21.05.02.02.3	Glukosesensoren	10 Stück	700.00	01.01.2013

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
21.05.02.03.3	L Monitor zum kontinuierlichen Glukosemonitoring System siehe Pos. 21.05 inkl. Erstinstruktion Limitation: nur wenn keine CGM-kompatible Insulinpumpe verwendet wird	Miete/Monat	110.00	01.01.2016 C

## 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 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	1 Stück	65.30	01.07.2017 N

**23. ORTHESEN**

Wenn bei der MiGeL-Position kein Höchstvergütungsbetrag genannt ist, erfolgt die Vergütung gemäss Positionen des SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. August 2016, Taxpunktwert Fr. 1.00 zzgl. MWST Gemäss Positionen des OSM Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2016, Takpunktwert Fr. 1.00 zzgl. MWST. Die Vergütung von Orthesen, die länger als 1 Jahr angewendet werden, erfolgt nach den für die IV gültigen Tarifpositionen

**23.01 Fuss-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
23.01.01.00.1	Schuheinlagen Werden grundsätzlich von der obligatorischen Krankenversicherung nicht vergütet. Eine Vergütung erfolgt nur subsidiär zur IV, in den Fällen, wo die medizinischen Voraussetzungen der IV-Bestimmungen erfüllt wären, die antragstellende Person aber die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der IV nicht erfüllt. Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen der IV.			01.01.1999
23.01.02.00.1	Massschuhe Voraussetzungen wie 23.01.01.00.1 Vergütung gemäss Positionen des OSM-Tarifs in der Fassung vom 1. Oktober 2016, Taxpunktwert Fr. 1.00 zzgl. MWST			01.01.2017 C
23.01.03.00.1	Spezialschuhe (ausgenommen Therapieschuhe) Voraussetzungen wie 23.01.01.00.1 Vergütung siehe Pos. 23.			01.01.2017 C
23.01.04.00.1	Therapieschuh zur Stabilisation oder Stellungskorrektur Vergütung siehe Pos. 23.			01.01.2017 C
23.01.10.00.1	Halluxschiene	1 Stück	30.60	01.01.1999

**23.02 Sprunggelenksorthesen**

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

**23.03 Unterschenkel-Orthesen**

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

**23.04 Knie-Orthesen**

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

**23.05 Oberschenkel-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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 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 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 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 un- ter 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 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 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 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 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 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 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

**23.26 Unterkiefer-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
23.26.01.00.1	L Unterkiefer-Protrusionsorthese Limitation: Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms (SAS) bei Ablehnung oder Intoleranz gegenüber der klassi- schen Behandlung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP); max. ein Gerät alle 3 Jahre	1 Stück	500.00	01.07.2014

**24. PROTHESEN**

Eine Vergütung erfolgt nur in den Fällen, wo die versicherte Person bei der Erstversorgung nicht zum Bezug von Leistungen der IV berechtigt ist (wegen Überschreitung der Altersgrenze oder Nichterfüllung weiterer versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV).

**24.01 Augenprothesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
24.01.01.00.1	L Augenprothese aus Glas Vergütungsvoraussetzung: siehe Pos. 24. Der HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt. Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder: 1 mal jährlich.</li> <li>• Erwachsene: alle 2 Jahre.</li> </ul> Ersatz in kürzeren Zeitabständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfeh- lung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.	1 Stück	680.00	01.01.2018 B C

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
24.01.01.01.1	<p>L Augenprothese aus Kunststoff Vergütungsvoraussetzungen siehe Pos. 24. Der HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt. Limitation: Eine Prothese alle sechs Jahre. Versicherte bis zum 18. Lebensjahr können die Leistung, sofern das Wachstum der Augenhöhle dies erfordert, einmal jährlich beanspruchen. Ersatz in kürzeren Zeitab- ständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauens- arztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Augenprothesen aus Kunststoff dürfen nur beim Vor- liegen folgender Indikationen vergütet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behinderungsbedingtes Unvermögen, mit ei- ner Glasprothese adäquat umzugehen, (z.B. Handverstümmelung, Krankheit des motori- schen Systems, Debität)</li> <li>• Operationstechniken, bei denen die Implantat- bewegung durch einen Stift auf die Augenpro- these übertragen wird.</li> </ul> <p>Vergütungen für Augenprothesen aus Kunststoff bedürfen der vorgängigen schriftlichen Kostengut- sprache des Versicherers</p>	1 Stück	2'109.00	01.01.2018 B C

## 24.02 Brustprothesen

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
24.02.01.00.1	<p>L Definitive Brust-Exoprothese, pro Seite Vergütungsvoraussetzung: siehe Pos. 24. Zum Er- werb einer teureren (Gummi-)Prothese kann der Höchstbetrag bis auf drei Jahre im Voraus bezogen werden. Limitation: Nach Mamma-Amputation oder Agene- sie/Aplasie der Mamma.</p>	pro Jahr	360.00	01.01.2001
24.02.01.01.1	<p>Zubehör und spezielle Büstenhalter zur definitiven Brustexoprothese Vergütungsvoraussetzung: siehe Pos. 24.</p>	pro Jahr	90.00	01.01.2001

**24.03 Prothesen der Extremitäten**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
24.03.01.00.1	Prothesen der Extremitäten, inklusive notwendige Anpassungen und Prothesenzubehör (Prothesenstrümpfe usw.) Vergütungsvoraussetzung: siehe Pos. 24. Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. August 2016, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST. Gemäss OSM-Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2016 , zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST.			01.01.2017 C

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

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

**25.02 Brillengläser/Kontaktlinsen Spezialfälle**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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	01.08.2016 C
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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
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**

Bei der Verrechnung ist jeweils die Positions-Nummer anzugeben, damit der Krankenversicherer die Jahreskosten ermitteln kann. In speziellen medizinisch begründeten Fällen können vom Krankenversicherer, auf ein entsprechendes Gesuch hin, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden.

**29.01 Colostomie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
29.01.01.00.1	Material für Colostomieversorgung	pro Jahr (pro rata)	6'300.00	01.01.1996

**29.02 Ileostomie/Fisteln**

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

**29.03 Urostomie**

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

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

(Continuous Passive Motion (CPM)-Therapiegeräte)

Limitation: Maximale Mietdauer 30 Tage. Verlängerung um bis zu weitere 30 Tage auf eine ärztliche Begründung hin.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
30.01.01.00.2	L	Hand-/Finger-/Zehen-Bewegungsschiene fremdkraftbetrieben Limitation: siehe Pos. 30.01	Miete/Tag	5.85	01.01.2001
30.01.02.00.2	L	Knie-/Ellbogen-Bewegungsschiene, fremdkraftbetrieben Limitation: siehe Pos. 30.01	Miete/Tag	8.55	01.01.2001
30.01.03.00.2	L	Schulter-/Fuss-Bewegungsschiene fremdkraftbetrieben Limitation: siehe Pos. 30.01	Miete/Tag	11.70	01.01.2001
30.01.03.01.2		Pauschale für Lieferung (inkl. Abholung), Einstellung und Instruktion zuhause der Schulterbewegungsschiene	Pauschale	180.00	01.01.2001

**30.02 Bewegungsgeräte, handkraftbetrieben**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
30.02.01.00.1	L	Kiefernobilisator, Erwachsene Limitation: 1 Gerät alle 2 Jahre	1 Set	446.00	01.01.2010
30.02.01.01.1		Bisspolster, Erwachsene	4 Stück	16.50	01.01.2010
30.02.01.02.1		Bisspolster, Zahnlose (Kinder und Erwachsene)	4 Stück	16.50	01.01.2010
30.02.01.03.1		Messhilfe für die maximale Öffnung, Einmalgebrauch (Kinder und Erwachsene)	150 Stück	48.20	01.01.2010
30.02.02.00.1	L	Kiefernobilisator, Kinder Limitation: 1 Gerät alle 2 Jahre	1 Set	446.00	01.01.2010

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
30.02.02.01.1	Bisspolster, Kinder	4 Stück	16.50	01.01.2010

### 30.03 Bewegungsschienen, aktiv

(Controlled Active Motion (CAM)-Therapiegeräte)

Limitation: Maximale Mietdauer 30 Tage. Verlängerung um bis zu weitere 30 Tage auf eine ärztliche Begründung hin.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
30.03.01.00.2	L Kniebewegungsschiene, aktiv Limitation: siehe Pos. 30.03	Miete/Tag	8.55	01.07.2010

**31. TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL****31.01 Trachealkanülen, Metall**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.01.01.00.1		Trachealkanüle, Neusilber mit Innenkanüle	1 Stück	144.00	01.01.1996
31.01.02.00.1		Trachealkanüle Neusilber mit Sprechventil	1 Stück	324.00	01.01.1996
31.01.03.00.1		Trachealkanüle Sterlingsilber mit Innenkanüle	1 Stück	324.00	01.01.1996
31.01.04.00.1		Trachealkanüle Sterlingsilber mit Sprechventil	1 Stück	531.00	01.01.1996

**31.02 Trachealkanülen, Kunststoff**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.02.01.00.1		Trachealkanüle ungefenstert mit Innenkanüle	1 Stück	139.50	01.01.1996
31.02.02.00.1		Trachealkanüle ungefenstert ohne Innenkanüle	1 Stück	90.00	01.01.1996
31.02.07.00.1		Silikonkanüle in Standardausführung; mit Aufnahmevorrichtung für Wärme- und Feuchtig- keitstauscher	1 Stück	194.90	01.08.2007
31.02.08.00.1		Silikonkanüle mit Siebung (für Stimmprothesenträger); mit Aufnahmevorrichtung für Wärme- und Feuchtig- keitstauscher	1 Stück	222.40	01.08.2007
31.02.09.00.1		Silikonkanüle mit Konnektor zur Befestigung mittels einer Basisplatte; mit Aufnahmevorrichtung für Wärme- und Feuchtig- keitstauscher und fingerfreies Sprechventil	1 Stück	242.20	01.08.2007
31.02.10.00.1		Tracheostoma-Button aus Silikon; mit Aufnahmevorrichtung für Wärme- und Feuchtig- keitstauscher sowie fingerfreies Sprechventil	1 Stück	232.70	01.08.2007

**31.03 Innenkanülen separat**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.03.01.00.1	Innenkanüle separat	1 Stück	54.00	01.01.1996

**31.04 Schutzzubehör für Tracheostoma**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.04.02.00.1	Larynx-Schutzfilter STOM-VENT	20 Stück	84.10	01.01.1996
31.04.03.00.1	Larynx-Schutztuch	1 Stück	20.70	01.01.1996
31.04.04.00.1	Larynx-Schutzrolli	1 Stück	26.10	01.01.1996
31.04.05.00.1	Tracheofix	10 Stück	11.25	01.01.1996
31.04.06.00.1	Duscheschutz	1 Stück	36.90	01.01.1996
31.04.07.00.1	Stomaöl, 100 ml	1 Stück	13.05	01.01.1996
31.04.08.00.1	Wärme- und Feuchtigkeitstauscher (HME), Stomaverschluss mittels Finger	20 Stück	110.30	01.08.2007
31.04.08.01.1	Wärme- und Feuchtigkeitstauscher (HME), Stomaverschluss mittels Finger	30 Stück	165.45	01.07.2014
31.04.09.00.1	Wärme- und Feuchtigkeitstauscher (HME), für Verwendung mit dem Sprechventil zum fingerfreien Stomaverschluss	20 Stück	113.65	01.08.2007
31.04.10.00.1	HME StarterKit; zur Erprobung von HME und Stomabefestigungen unter Normalbedingungen	1 Set	459.80	01.08.2007
31.04.11.00.1	Fingerfreies Sprechventil, komplettes Basisgerät	1 Set	797.30	01.08.2007
31.04.11.01.1	Fingerfreies Sprechventil, einzeln Ventil (Ersatzteil)	1 Stück	540.70	01.08.2007
31.04.11.02.1	Fingerfreies Sprechventil, Membrane (Ersatzteil)	1 Stück	138.80	01.08.2007
31.04.11.03.1	Silicone Glue	1 Stück	78.00	01.08.2007

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.04.12.00.1	L Tracheostoma-Schutz mit integrierter Funktionstasche (1 Lätzchen, 1 Funktionstasche, 1 Silikonring als Halterung zur Fixierung der Kassette, 1 Sprechhilfeventil (Kassette)) Limitation: bis maximal 3 Sets alle 3 Jahre	1 Set	349.00	01.08.2007

**31.05 Luftbefeuchter**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.05.01.00.1	Luftbefeuchter	1 Stück	180.00	01.01.1996

**31.06 Tragezubehör für Trachealkanülen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.06.01.00.1	Kanülentragband	1 Stück	11.70	01.01.1996
31.06.04.00.1	Tracheokompressen	10 Stück	6.30	01.01.1996
31.06.07.00.1	Selbstklebende Kanülenhalterung; lös- und schliessbar, mit Klettbandverschluss	1 Set	247.50	01.08.2007

**31.07 Reinigungszubehör für Trachealkanülen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.07.03.00.1	Reinigungsbürsten	6 Stück	10.80	01.01.1996
31.07.04.00.1	Reinigungstücher	10 Stück	4.50	01.01.1996
31.07.05.00.1	Silbertauchbad (für Silberkanülen)	1 Stück	15.30	01.01.1996
31.07.06.00.1	Silikonspray (für Kunststoffkanülen)	1 Stück	15.30	01.01.1996

**31.08 Wassertherapie- und Schwimmgeräte**

Limitation: Nur wenn die Patienten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.08.01.00.1	L Wassertherapiegerät mit Mundstück Limitation: siehe Pos. 31.08	1 Stück	225.00	01.01.1996
31.08.01.01.1	L Schnorchel zu Wassertherapiegerät Limitation: siehe Pos. 31.08	1 Stück	33.30	01.01.1996

**31.09 Selbstklebende Tracheostoma-Befestigungen für Wärme und Feuchtigkeitstauscher (HME) und fingerfreies Sprechventil**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
31.09.01.00.1	Basisplatten für den häufigen Wechsel bei normaler Haut	20 Stück	115.80	01.08.2007
31.09.02.00.1	Basisplatten mit stärkerer Haftung / für reduzierte Wechselfrequenz	20 Stück	177.10	01.08.2007
31.09.03.00.1	Hydrocolloid Basisplatten, für empfindliche Haut	20 Stück	288.10	01.08.2007
31.09.04.00.1	Basisplatten für tiefe und ungleichmässig geformte Stomata	20 Stück	245.75	01.08.2007

**34. VERBANDMATERIAL**

Für nicht aufgeführte, abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben gilt der Höchstvergütungsbeitrag 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.

**34.01 Gazekompressen / Wundauflagen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.01.01.01.1		Gazekompressen geschnitten, sterilisiert 4x6/5x5 cm	80 Stück	4.20	01.01.1997
34.01.01.02.1		Gazekompressen geschnitten, sterilisiert 6x8/5x7,5 cm	80 Stück	5.00	01.01.1997
34.01.01.03.1		Gazekompressen geschnitten, sterilisiert 8x12/7,5x10 cm	80 Stück	7.60	01.01.1997
34.01.01.04.1		Gazekompressen geschnitten, sterilisiert 20x20 cm	80 Stück	10.10	01.01.1997
34.01.01.05.1		Gazekompressen geschnitten, sterilisiert 25x25 cm	80 Stück	13.00	01.01.1997
34.01.02.01.1		Gazekompressen gefaltet, sterilisiert 30x40 cm gefaltet auf 10x10 cm	10 Stück	7.10	01.01.1997
34.01.03.01.1		Gazekompressen gefaltet, steril gefaltet auf 7.5x15 cm	5 Stück	5.10	01.01.1997
34.01.04.01.1		Gazekompressen mit Watte, sterilisiert 6x8 cm	10 Stück	5.80	01.01.1997
34.01.04.02.1		Gazekompressen mit Watte, sterilisiert 8x12 cm	10 Stück	7.80	01.01.1997
34.01.04.03.1		Gazekompressen mit Watte, sterilisiert 25x25 cm	10 Stück	32.10	01.01.1997
34.01.05.01.1		Gazekompressen mit Watte, steril, gefaltet 5x5 cm, Beutel à 2 Stück	10 Stück	4.00	01.01.1997
34.01.05.02.1		Gazekompressen mit Watte, steril, gefaltet 7.5x10 cm, Beutel à 2 Stück.	10 Stück	4.90	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.01.05.03.1	Gazekompressen mit Watte, steril, gefaltet 10x10 cm, Beutel à 2 Stück.	10 Stück	5.60	01.01.1997

**34.02 Vlieskompressen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.02.01.01.1	Vlieskompressen, steril 5x5 cm	2 Stück	0.60	01.08.2016 B
34.02.01.02.1	Vlieskompressen, steril 7.5x7.5 cm	2 Stück	0.90	01.08.2016 B
34.02.01.03.1	Vlieskompressen, steril 10x10 cm	2 Stück	1.00	01.08.2016 B
34.02.01.04.1	Vlieskompressen, steril 10x20 cm	2 Stück	1.80	01.08.2016 B
34.02.02.01.1	Vlieskompressen, unsteril 5x5 cm	100 Stück	2.90	01.01.1997
34.02.02.02.1	Vlieskompressen, unsteril 7.5x7.5 cm	100 Stück	4.90	01.01.1997
34.02.02.03.1	Vlieskompressen, unsteril 10x10 cm	100 Stück	7.90	01.01.1997
34.02.02.04.1	Vlieskompressen, unsteril 10x20 cm	100 Stück	13.40	01.01.1997

**34.03 Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, nichtklebend**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.03.01.01.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 5x5 cm	20 Stück	6.30	01.01.1997
34.03.01.02.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 5x7.5 cm	15 Stück	6.70	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.03.01.03.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 5x7.5 cm	20 Stück	6.90	01.01.1997
34.03.01.04.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 7.5x10 cm	10 Stück	6.30	01.01.1997
34.03.01.05.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 7.5x10 cm	25 Stück	13.80	01.01.1997
34.03.01.06.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, sterilisiert, nichtklebend 7.5x20 cm	25 Stück	24.50	01.01.1997
34.03.02.01.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, steril, nichtklebend 5x5 cm	10 Stück	7.60	01.01.1997
34.03.02.02.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, steril, nichtklebend 5x7.5 cm	10 Stück	9.00	01.01.1997
34.03.02.03.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, steril, nichtklebend 7.5x10 cm	10 Stück	10.50	01.01.1997
34.03.02.04.1	Imprägnierte/beschichtete Wundkompressen mit/ohne Saugkörper, steril, nichtklebend 10x20 cm	10 Stück	13.00	01.01.1997

#### **34.04 Wundkompressen mit Wirkstoff**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.04.01.01.1	Wundkompressen mit Chlorhexidinacetat 0.5% 10x10 cm	10 Stück	9.20	01.01.1997
34.04.01.02.1	Wundkompressen mit Chlorhexidinacetat 0.5% 15x20 cm	10 Stück	31.00	01.01.1997
34.04.02.01.1	Wundkompressen mit Framycetinsulfat 1% 10x10 cm	10 Stück	9.50	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.04.03.01.1	Wundkompressen mit Natrii fusidas 10x10 cm	10 Stück	13.00	01.01.1997

### 34.05 Wundkissen zur Nasstherapie

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.05.01.01.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) ø 4 cm	1 Stück	3.30	01.01.1997
34.05.01.02.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) ø 4 cm, ab 60 Stück	1 Stück	3.10	01.01.1997
34.05.01.03.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) ø 5.5 cm, 1 Stück	1 Stück	3.60	01.01.1997
34.05.01.04.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) ø 5.5 cm, ab 60 Stück	1 Stück	3.30	01.01.1997
34.05.01.05.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) 7.5x7.5 cm, 1 Stück	1 Stück	3.90	01.01.1997
34.05.01.06.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) 7.5x7.5 cm, ab 60 Stück	1 Stück	3.60	01.01.1997
34.05.01.07.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 2 mal täglich (Verwendungsdauer 12 Stunden) 10x10 cm, ab 60 Stück	1 Stück	4.40	01.01.1997

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.05.02.01.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) ø 4 cm, 1 Stück	1 Stück	4.50	01.01.1999
34.05.02.02.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) ø 4 cm, ab 60 Stück	1 Stück	4.10	01.01.1999
34.05.02.03.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) ø 5.5 cm, 1 Stück	1 Stück	4.90	01.01.1999
34.05.02.04.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) ø 5.5 cm, ab 60 Stück	1 Stück	4.50	01.01.1999
34.05.02.05.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) 7.5x7.5 cm, 1 Stück	1 Stück	5.20	01.01.1999
34.05.02.06.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) 7.5x7.5 cm, ab 60 Stück	1 Stück	4.80	01.01.1999
34.05.02.07.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandswechsel 1 mal täglich (Verwendungsdauer 24 Stunden) 10x10 cm, ab 60 Stück	1 Stück	5.90	01.01.1999
34.05.03.01.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandwechsel max. alle 3 Tage (Verwendungs- dauer bis zu 72 Stunden) ø 4 cm	1 Stück	6.50	01.01.2012
34.05.03.02.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandwechsel max. alle 3 Tage (Verwendungs- dauer bis zu 72 Stunden) ø 5,5 cm	1 Stück	7.30	01.01.2012

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.05.03.03.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandwechsel max. alle 3 Tage (Verwendungsdauer bis zu 72 Stunden) ø 7,5x7,5 cm	1 Stück	7.70	01.01.2012
34.05.03.04.1	Wundkissen zur Nasstherapie, einzelverpackt, steril, Verbandwechsel max. alle 3 Tage (Verwendungsdauer bis zu 72 Stunden) 10x10 cm	1 Stück	9.30	01.01.2012

### 34.06 Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände

#### Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril

Limitation: Grundsätzlich während 3 Monaten, in begründeten (behandelnder Arzt) Fällen bis maximal 6 Monate, bei: Ulcera cruris, Dekubitalulcera 1.+2. Grades, Verbrennungen 1.+2. Grades, temporärem Hautersatz bei Spalthautentnahme.

#### Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, tiefe Wundhöhlen, steril

Limitation: Maximal während 3 Monaten bei: Dekubitalulcera 3.+4. Grades, tiefe Ulcera cruris, offene Abdominalwunden, tiefe Problemwunden mit verzögertem Wundverschluss.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.06.01.01.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 5x5 cm	1 Stück	4.70	01.01.1997
34.06.01.02.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	6.10	01.01.2011
34.06.01.03.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 10x10 cm	1 Stück	10.50	01.01.2011
34.06.01.04.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 15x15 cm	1 Stück	20.60	01.01.2011
34.06.01.05.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 15x20 cm	1 Stück	32.60	01.01.1997
34.06.01.06.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 20x20 cm	1 Stück	44.90	01.01.1997
34.06.01.07.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände, steril 20x30 cm	1 Stück	62.70	01.01.1997

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.06.02.01.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände (Wundfüller für tiefe Wundhöhlen), steril 5x5 cm	1 Stück	8.00	01.01.2017 C
34.06.02.02.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände (Wundfüller für tiefe Wundhöhlen), steril 2x9 cm	1 Stück	11.20	01.01.2017 C
34.06.02.03.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände (Wundfüller für tiefe Wundhöhlen), steril 4x12 cm	1 Stück	17.80	01.01.2017 C
34.06.02.04.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände (Wundfüller für tiefe Wundhöhlen), steril 10x10 cm	1 Stück	21.60	01.01.2017 C
34.06.02.05.1	L Hydrocolloide/hydroaktive Wundverbände (Wundfüller für tiefe Wundhöhlen), steril 15x20 cm	1 Stück	47.20	01.01.2017 C

**34.07 Kalzium-Alginat-Wundverbände**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.07.01.01.1	Kalzium-Alginat-Wundkompressen 5x5 cm	1 Stück	4.00	01.01.2000
34.07.01.02.1	Kalzium-Alginat-Wundkompressen 10x10 cm	1 Stück	9.00	01.01.2000
34.07.01.03.1	Kalzium-Alginat-Wundkompressen 10x20 cm	1 Stück	18.40	01.01.2000
34.07.01.04.1	Kalzium-Alginat-Wundkompressen 15x25 cm	1 Stück	28.60	01.01.2000
34.07.02.01.1	Kalzium-Alginat-Tamponade, 2 g	1 Stück	17.70	01.01.2000

**34.10 Hydrogel**

Limitation: Trockene, nekrotische Wunden

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.10.01.01.1	L	Hydrogel Tube à 5 g	1 Tube	5.40	01.01.1999
34.10.01.02.1	L	Hydrogel Tube à 15 g	1 Tube	9.90	01.01.1997

**34.15 Folienverbände / Transparentverbände mit/ohne Wundkissen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.15.01.01.1		Folienverbände/Transparentverbände mit/ohne Wundkissen, steril bis 6x8 cm	1 Stück	1.30	15.07.2015 C
34.15.01.02.1		Folienverbände/Transparentverbände mit/ohne Wundkissen, steril 7.5x10 cm	1 Stück	1.90	15.07.2015 C
34.15.01.03.1		Folienverbände/Transparentverbände mit/ohne Wundkissen, steril 10x12 cm	1 Stück	2.60	15.07.2015 C
34.15.01.04.1		Folienverbände/Transparentverbände mit/ohne Wundkissen, steril 10x25 cm	1 Stück	5.00	15.07.2015 C
34.15.01.05.1		Folienverbände/Transparentverbände mit/ohne Wundkissen, steril 15x20 cm	1 Stück	5.60	15.07.2015 C
34.15.02.01.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 1 m	1 Stück	6.00	15.07.2015 N
34.15.02.02.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 2 m	1 Stück	10.00	15.07.2015 N
34.15.02.03.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 10 m	1 Stück	35.00	15.07.2015 N
34.15.02.04.1		Folienverbände, unsteril 15 cm x 10 m	1 Stück	50.00	15.07.2015 N

**34.16 Absorptionsverbände**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.16.01.01.1	Absorptionsverbände, steril 10x10 cm	1 Stück	0.60	01.01.1997
34.16.01.02.1	Absorptionsverbände, steril 10x20 cm	1 Stück	0.75	01.01.1997
34.16.01.03.1	Absorptionsverbände, steril 15x25 cm	1 Stück	0.95	01.01.1997
34.16.01.04.1	Absorptionsverbände, steril 20x20 cm	1 Stück	1.10	01.01.1997
34.16.01.05.1	Absorptionsverbände, steril 20x40 cm	1 Stück	1.40	01.01.1997

**34.17 Stillkompressen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.17.01.01.1	Stillkompressen, nicht steril	30 Stück	6.60	01.01.1997
34.17.02.01.1	Stillkompressen, steril	20 Stück	13.20	01.01.1997

**34.20 Gazebinden**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge</i> <i>Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.20.01.01.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 4 cm breit, Länge 4 m	1 Stück	1.50	01.01.1997
34.20.01.02.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 4 cm breit, Länge 10 m	1 Stück	4.00	01.01.1997
34.20.01.03.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 6 cm breit, Länge 4 m	1 Stück	1.90	01.01.1997
34.20.01.04.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 6 cm breit, Länge 10 m	1 Stück	5.10	01.01.1997
34.20.01.05.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 8 cm breit, Länge 4 m	1 Stück	2.40	01.01.1997
34.20.01.06.1	Gazebinden elastisch, gedehnt 8 cm breit, Länge 10 m	1 Stück	6.10	01.01.1997
34.20.02.01.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 1.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.20	01.01.1997
34.20.02.02.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.30	01.01.1997
34.20.02.03.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.50	01.01.1997
34.20.02.04.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 20 m	1 Stück	9.50	01.01.1997
34.20.02.05.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.80	01.01.1997
34.20.02.06.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 20 m	1 Stück	10.40	01.01.1997
34.20.02.07.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.10	01.01.1997
34.20.02.08.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.90	01.01.1997
34.20.02.09.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.50	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.20.02.10.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 20 m	1 Stück	13.10	01.01.1997
34.20.02.11.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 4 m	1 Stück	4.10	01.01.1997
34.20.02.12.1	Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 20 m	1 Stück	15.50	01.01.1997

**34.21 Elastische Binden, Fixation**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.21.01.01.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.10	01.01.1997
34.21.01.02.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.20	01.01.1997
34.21.01.03.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	8.30	01.01.1997
34.21.01.04.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	10.40	01.01.1997
34.21.01.05.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 12 cm, Länge 5 m	1 Stück	11.60	01.01.1997
34.21.01.06.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	16.20	01.01.1997
34.21.01.07.1	Elastische (Ideal-)Binden, Fixation, 100 % Baumwolle, gedehnt, textilelastisch Breite 20 cm, Länge 5 m	1 Stück	20.80	01.01.1997
34.21.02.01.1	Elastische Binden, Fixation, Mischgewebe, gedehnt, dauerelastisch Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	3.90	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.21.02.02.1	Elastische Binden, Fixation, Mischgewebe, gedehnt, dauerelastisch Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.50	01.01.1997
34.21.02.03.1	Elastische Binden, Fixation, Mischgewebe, gedehnt, dauerelastisch Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.10	01.01.1997
34.21.02.04.1	Elastische Binden, Fixation, Mischgewebe, gedehnt, dauerelastisch Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.00	01.01.1997
34.21.02.05.1	Elastische Binden, Fixation, Mischgewebe, gedehnt, dauerelastisch Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.50	01.01.1997
34.21.03.01.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	3.40	01.01.1997
34.21.03.02.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.50	01.01.1997
34.21.03.03.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 5 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.80	01.01.1997
34.21.03.04.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 7.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.60	01.01.1997
34.21.03.05.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.20	01.01.1997
34.21.03.06.1	Elastische Binden, kohäsiv Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	10.70	01.01.1997

### 34.22 Elastische Binden, Kompression

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.22.01.01.1	Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.90	01.01.1997
34.22.01.02.1	Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	9.10	01.01.1997

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.22.01.03.1	Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	11.20	01.01.1997
34.22.01.04.1	Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 12 cm, Länge 5 m	1 Stück	12.20	01.01.1997
34.22.02.01.1	Elastische Binde, Kompression, Langzug Breite 8 cm, Länge 7 m	1 Stück	17.40	01.01.1997
34.22.02.02.1	Elastische Binde, Kompression, Langzug Breite 10 cm, Länge 7 m	1 Stück	20.60	01.01.1997
34.22.02.03.1	Elastische Binde, Kompression, Langzug Breite 12 cm, Länge 7 m	1 Stück	22.90	01.01.1997
34.22.02.04.1	Elastische Binde, Kompression, Langzug Breite 15 cm, Länge 7 m	1 Stück	27.70	01.01.1997

### 34.23 Pflasterbinden

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.23.01.01.1	Pflasterbinden Breite 6 cm, Länge 2.5 m	1 Stück	10.60	01.01.1997
34.23.01.02.1	Pflasterbinden Breite 8 cm, Länge 2.5 m	1 Stück	12.80	01.01.1997
34.23.01.03.1	Pflasterbinden Breite 10 cm, Länge 2.5 m	1 Stück	15.40	01.01.1997

### 34.24 Zinkleimbinden

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.24.01.01.1	Zinkleimbinden Länge 5 m, (Breite ca. 9 cm)	1 Stück	12.70	01.01.1997
34.24.01.02.1	Zinkleimbinden Länge 7 m, (Breite ca. 9 cm)	1 Stück	16.20	01.01.1997
34.24.01.03.1	Zinkleimbinden Länge 10 m, (Breite ca. 9 cm)	1 Stück	21.20	01.01.1997

**34.30 Schlauch- und Stülpverbände**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.30.01.01.1	Schlauchverbände Grösse 01 (Breite 2 cm, ungedehnt)	pro 1 m	0.60	01.01.1997
34.30.01.02.1	Schlauchverbände Grösse 12 (Breite 2.5 cm, ungedehnt)	pro 1 m	0.70	01.01.1997
34.30.01.03.1	Schlauchverbände Grösse 34 (Breite 4.5 cm, ungedehnt)	pro 1 m	0.95	01.01.1997
34.30.01.04.1	Schlauchverbände Grösse 56 (Breite 6 cm, ungedehnt)	pro 1 m	1.20	01.01.1997
34.30.01.05.1	Schlauchverbände Grösse 78 (Breite 8 cm, ungedehnt)	pro 1 m	1.50	01.01.1997
34.30.01.06.1	Schlauchverbände Grösse T1 (Breite 9.5 cm, ungedehnt)	pro 1 m	2.20	01.01.1997
34.30.01.07.1	Schlauchverbände Grösse T2 (Breite 17 cm, ungedehnt)	pro 1 m	2.90	01.01.1997
34.30.02.01.1	Netzhalterverband Grösse 0	pro 1 m	0.60	01.01.1997
34.30.02.02.1	Netzhalterverband Grösse 1	pro 1 m	1.10	01.01.1997
34.30.02.03.1	Netzhalterverband Grösse 2	pro 1 m	1.30	01.01.1997
34.30.02.04.1	Netzhalterverband Grösse 3	pro 1 m	1.50	01.01.1997
34.30.02.05.1	Netzhalterverband Grösse 4	pro 1 m	1.70	01.01.1997
34.30.02.06.1	Netzhalterverband Grösse 5	pro 1 m	2.00	01.01.1997
34.30.02.07.1	Netzhalterverband Grösse 6	pro 1 m	3.90	01.01.1997
34.30.02.08.1	Netzhalterverband Grösse 7	pro 1 m	4.30	01.01.1997

**34.40 Heft-/Fixier-Pflaster, -Tape, -Vlies**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.40.01.01.1	Heftpflaster/Textil, Plastik, Vlies Länge 5 m, Breite 1.25 cm	1 Stück	2.50	01.01.1997

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

vom 1.1.2018

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.40.01.02.1	Heftpflaster/Textil, Plastik, Vlies Länge 5 m, Breite 2 cm	1 Stück	3.30	01.01.1997
34.40.01.03.1	Heftpflaster/Textil, Plastik, Vlies Länge 5 m, Breite 2.5 cm	1 Stück	4.30	01.01.1997
34.40.01.04.1	Heftpflaster/Textil, Plastik, Vlies Länge 5 m, Breite 5 cm	1 Stück	8.20	01.01.1997
34.40.02.01.1	Tape starr Länge 10 m, Breite 2 cm	1 Stück	6.30	01.01.1997
34.40.02.02.1	Tape starr Länge 10 m, Breite 3.75 cm	1 Stück	9.00	01.01.1997
34.40.02.03.1	Tape starr Länge 10 m, Breite 5 cm	1 Stück	13.10	01.01.1997
34.40.03.01.1	Tape elastisch Länge 4.5 m, Breite bis 3 cm	1 Stück	6.90	01.01.1997
34.40.03.02.1	Tape elastisch Länge 4.5 m, Breite 5 cm	1 Stück	9.70	01.01.1997
34.40.03.03.1	Tape elastisch Länge 4.5 m, Breite 7.5 cm	1 Stück	14.60	01.01.1997
34.40.03.04.1	Tape elastisch Länge 4.5 m, Breite 10 cm	1 Stück	18.90	01.01.1997
34.40.04.01.1	Fixationsvlies Länge 10m, Breite 2.5 cm	1 Stück	4.30	01.01.1997
34.40.04.02.1	Fixationsvlies Länge 10 m, Breite 5 cm	1 Stück	8.20	01.01.1997
34.40.04.03.1	Fixationsvlies Länge 10 m, Breite 10 cm	1 Stück	15.00	01.01.1997
34.40.04.04.1	Fixationsvlies Länge 10 m, Breite 15 cm	1 Stück	21.50	01.01.1997
34.40.04.05.1	Fixationsvlies Länge 10 m, Breite 20 cm	1 Stück	27.20	01.01.1997
34.40.04.06.1	Fixationsvlies Länge 10 m, Breite 30 cm	1 Stück	36.20	01.01.1997

**34.42 Schnellverbände**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.42.01.01.1	Schnellverbände/Textil, Plastik, Vlies/ unsteril Länge 1 m, Breite 4 cm	1 Stück	3.90	01.01.1997
34.42.01.02.1	Schnellverbände/Textil, Plastik, Vlies/ unsteril Länge 1 m, Breite 6 cm	1 Stück	5.10	01.01.1997
34.42.01.03.1	Schnellverbände/Textil, Plastik, Vlies/ unsteril Länge 1 m, Breite 8 cm	1 Stück	6.50	01.01.1997
34.42.02.01.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 6 cm, Länge 7 cm	1 Stück	0.60	01.01.1997
34.42.02.02.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 6 cm, Länge 10 cm	1 Stück	0.85	01.01.1997
34.42.02.03.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 9 cm, Länge 10 cm	1 Stück	1.05	01.01.1997
34.42.02.04.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 9 cm, Länge 15 cm	1 Stück	1.25	01.01.1997
34.42.02.05.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 9 cm, Länge 20 cm	1 Stück	1.80	01.01.1997
34.42.02.06.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 9 cm, Länge 25 cm	1 Stück	2.00	01.01.1997
34.42.02.07.1	Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies/ steril Breite bis 9 cm, Länge 30 cm	1 Stück	2.80	01.01.1997

**34.43 Watte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.43.01.01.1	Verbandwatte zickzack 50 g	50 g	2.15	01.01.1997
34.43.01.02.1	Verbandwatte zickzack 100 g	100 g	3.60	01.01.1997
34.43.01.03.1	Verbandwatte zickzack 200 g	200 g	7.10	01.01.1997
34.43.01.04.1	Verbandwatte zickzack 500 g	500 g	17.10	01.01.1997
34.43.01.05.1	Verbandwatte gerollt, 1000 g	1000 g	31.90	01.01.1997
34.43.02.01.1	Zellstoffwatte 1000 g	1000 g	17.20	01.01.1997
34.43.03.01.1	Polsterwatte (Spitalwatte) roh, ungeleimt, Qualität 1a 500 g	500 g	12.10	01.01.1997
34.43.03.02.1	Polsterwatte (Spitalwatte) roh, ungeleimt, Qualität 1a 1000 g	1000 g	22.70	01.01.1997
34.43.04.01.1	Blutstillende Pflaster	9 Portio- nen	8.90	01.01.1997
34.43.04.02.1	Blutstillende Watte	1 Schraub- glas	7.40	01.01.1997

**34.45 Augenverbände**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.45.01.01.1	Augenkompressen, steril	10 Stück	5.10	01.01.1997
34.45.02.01.1	Augenkompressen, nicht steril	50 Stück	19.20	01.01.1997
34.45.03.01.1	Augenokklusionspflaster	10 Stück	7.10	01.01.1997

**34.60 Therapeutische Bandagen in Bekleidungsform**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.60.01.00.1	L Therapeutische Bandage in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion 1 Set bestehend aus 1 Body (oder T-Shirt) und 1 Strumpfhose Limitation: 2 Sets pro Jahr; Kinder 0-12 Jahre Indikation: mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis, welche eine kontinuierliche Behandlung mit Emollienten und topischen Steroiden bedarf. Verschreibung nur durch Fachärzte in Pädiatrie, Dermatologie und Allergologie	1 Set	164.20	01.01.2013

**34.70 Primäre Wundauflagen in flüssiger oder Gel- Form**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.70.01.00.1	Wundspray auf öliger Basis, Flasche à 10 ml	1 Stück	25.00	01.01.2017 N

**34.99 Diverses Verbandmaterial**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
34.99.01.01.1	Armtraggurten Kinder, 35 mm	1 Stück	5.60	01.01.1997
34.99.01.02.1	Armtraggurten Erwachsene, 35 mm	1 Stück	6.10	01.01.1997
34.99.01.03.1	Armtraggurten Erwachsene, 45/50 mm	1 Stück	8.80	01.01.1997
34.99.02.01.1	Dreiecktücher roh, 136 cm	1 Stück	3.60	01.01.1997
34.99.02.02.1	Dreiecktücher gebleicht, 126 cm	1 Stück	5.10	01.01.1997
34.99.03.01.1	Fingerlinge Gummi	1 Stück	1.20	01.01.1997
34.99.03.02.1	Fingerlinge Kunststoff/Aluminium	1 Stück	4.80	01.01.1997
34.99.03.03.1	Fingerlinge Netz	1 Stück	2.40	01.01.1997
34.99.04.01.1	Verbandklammern	5 Stück	2.30	01.01.1997
34.99.05.01.1	Handgelenkband	1 Stück	11.20	01.01.1997
34.99.06.01.1	Kniekappe	1 Stück	18.00	01.01.1997
34.99.08.01.1	Ristband	1 Stück	18.00	01.01.1997

**99. VERSCHIEDENES**

Gerätereparaturen beim Kaufsystem: Bei sorgfältigem Gebrauch ohne Selbstverschuldung, Vergütung nach Aufwand nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.

**99.01 Lagerungshilfen für Extremitäten**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
99.01.01.01.1	L Arm-Lagerungsschienen, komplett Limitation: Schlaufe 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**

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

**99.11 Spüllösungen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
99.11.01.00.1	Spüllösung NaCl 0.9%	1 Liter	6.95	01.01.2017 B
99.11.01.01.1	Spüllösung NaCl 0.9%	250 ml	5.10	01.01.2017 N
99.11.01.02.1	Spüllösung NaCl 0.9%	100 ml	4.60	01.01.2017 N
99.11.02.00.1	Spüllösung Ringer	1 Liter	6.95	01.01.2017 B
99.11.02.01.1	Spüllösung Ringer	250 ml	5.25	01.01.2017 N
99.11.02.02.1	Spüllösung Ringer	100 ml	4.60	01.01.2017 N
99.11.03.00.1	Tensidhaltige Wundspüllösung mit Polihexanid	40 ml	4.00	01.01.2010
99.11.04.00.1	Tensidhaltige Wundspüllösung mit Polihexanid	350 ml	15.80	01.01.2010

**99.12 Mittel für die Wundbehandlung**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
99.12.01.00.1	Hydrophile Mikroperlen zur Wundreinigung	60 g	95.90	01.01.1999

**99.20 Speichersatz**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i> <i>Bezeichnung</i>	<i>Menge Einheit</i>	<i>HVB</i>	<i>Gültig ab Rev.</i>
99.20.01.00.1	Speichersatz Limitation: Nur bei Sjögren-Syndrom und Mundtrockenheit bei Bestrahlung.	50 ml	15.75	01.01.2011

**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 Rev.</i>
99.50.01.00.1	Medikamenten-Dosierbox	1 Stück	18.00	01.01.1996