

## Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

### Änderungen per 1. Januar 2021, 1. April 2021 und 1. Juli 2021

#### 01. ABSAUGGERÄTE

##### 01.01 Milchpumpen

Bei voraussichtlich längerer Therapieanwendung wird ein Kauf empfohlen.  
Limitation (Mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein.):

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

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
01.01.01.00.1	L	Milchpumpe, handbetrieben, Kauf Limitation siehe 01.01	1 Stück	47.00	01.01.1996 01.04.2020	B,C
01.01.02.00.1	L	Einzelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf Limitation siehe 01.01	1 Stück	175.00	01.04.2020	N
01.01.03.00.1	L	Doppelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf Limitation: ausschliesslich bei Frühgeborenen	1 Stück	340.00	01.04.2020	N
01.01.03.00.2	L	Milchpumpe ( <b>Einzel- oder Doppelmilchpumpe</b> ), elektrisch, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe Pos. 01.01</li> <li>• Max. Mietdauer: 8 Wochen</li> <li>• In medizinisch begründeten Fällen kann die Mietdauer maximal um weitere 8 Wochen verlängert werden.</li> </ul>	Miete / Tag	2.30	01.01.1996 01.04.2020 <b>01.01.2021</b>	B,C <b>C</b>

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

01.01.04.00.3 01.01.04.00.1	L	Zubehörset (Flasche, Abpumphaube mit Verbindungsstück, Adapter, Schlauch) zu Einzelmilchpumpe, elektrisch Anwendbar mit Pos. 01.01.02.00.1, 01.01.03.00.1 und 01.01.03.00.2  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe Pos. 01.01</li> <li>• Bei Frühgeborenen kann bis maximal das Doppelte des genannten Höchstvergütungsbetrages vergütet werden</li> </ul>	1 Set	33.50 27.75	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021	B,C B,C
01.01.04.01.3	L	Zubehörset (Flasche, Abpumphaube mit Verbindungsstück, Adapter, Schlauch) zu Doppelmilchpumpe, elektrisch Anwendbar mit Pos. 01.01.02.01.1 und 01.01.03.00.2  Limitation: Ausschliesslich bei Frühgeborenen	1-Set	55.50	01.04.2020 01.01.2021	N S

## 09. ELEKTROSTIMULATIONSGERAETE

### 09.04 Geräte zur Erzeugung und Anwendung von Tumortherapiefeldern

Die Tumortherapiefelder sind elektrische Wechselfeldern zur regionalen Behandlung von Tumoren.

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

## 10. GEHILFEN

### 10.02 Höhenausgleich für bei Gips und Orthesen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
10.02.01.00.1	L	2-stufige Höhenausgleichssohle (inkl. mehrstufige) bei für-Gips und Orthesen  Limitation: 1 Stück pro Behandlungsfall	1 Stück	39.00	01.01.2015 01.01.2021	N C

## 14. INHALATIONS- und ATEMTERAPIE

### 14.03 Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation

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

### 14.10 Sauerstofftherapie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
14.10.00.01.1	L	Transtracheale Katheter	pro-Jahr	900.00	01.07.1999	

		Limitation: Für die Sauerstoff-Langzeittherapie gemäss der Limitation unter Pos. 14.10.			01.07.2021	S
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------	---

#### 14.12 Geräte für die mechanische Heimventilation

14.12.05.00.1	L	Beatmungsbeutel, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nur für dauernd vom Heimbeatmungsgerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz</li><li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li><li>• Anwendbar mit Pos. 14.12.03.00.2</li></ul>	1 Stück	293.65	01.01.2021 01.01.2021	N C
---------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--------	--------------------------	--------

16. KÄLTE- und / oder WÄRMETHERAPIE-MITTEL

16.01 Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
16.01.01.00.1		Wiederverwendbare Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: Max. 2 Stück pro Jahr	1 Stück	<del>18.00</del> 10.60	01.01.1997 01.04.2021	B,C
16.01.02.00.1		Wiederverwendbare Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: Max. 2 Stück pro Jahr	1 Stück	<del>22.50</del> 18.90	01.01.1997 01.04.2021	B,C

21. MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE/-FUNKTIONEN

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
21.03.01.01.1	L	<p>Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät. Ohne Mengenbeschränkung bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit <b>GestationsdiabetesDiabetes in der Schwangerschaft</b></p> <p>Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern max. <del>imal 200</del> <b>400</b> Reagenzträger pro Jahr</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann bei folgenden Indikationen bis maximal die doppelte der genannten Anzahl Reagenzträger pro Jahr vergütet werden (mindestens eine der folgenden Indikationen muss erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellungsphasen (höhere Anzahl Reagenzträger während 6 Monaten)</li> <li>• HbA<sub>1c</sub> &gt; 7.5 % bei Personen mit wenigen koexistierenden chronischen Krankheiten und intakter kognitiver Funktion (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist)</li> <li>• HbA<sub>1c</sub> &gt; 8 % bei Personen mit mehrfach koexistierenden chronischen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit (höhere Anzahl Reagenzträger so lange das Therapieziel nicht erreicht ist)</li> <li>• Therapie mit Medikamenten mit erhöhtem Hypoglykämierisiko</li> <li>• Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY)</li> <li>• Mitochondrialer Diabetes</li> <li>• Diabetesbeginn vor dem Alter von 30 Jahren</li> <li>• Hämoglobinopathien, bei welchen die HbA<sub>1c</sub>-Bestimmungen nicht verlässlich sind</li> </ul>	1 Stück	0.62	01.07.2018 01.01.2019 <b>01.04.2021</b>	B B,C <b>C</b>

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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
30.01.03.00.2	L	Schulter-/ <del>Fuss</del> -Bewegungsschiene fremdkraftbetrieben	Miete/ Tag	<del>11.70</del> 3.34	01.01.2001 <b>01.01.2021</b>	B,C <b>B,C</b>



		Limitation: <del>Siehe Pos. 30.01</del> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung nur zur konservativen Therapie der idiopathischen Schultersteife (adhäsive Kapsulitis des Schultergelenks unklarer Ursache)</li> <li>Max. Mietdauer 60 Tage</li> </ul>			01.01.2021	C
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------	---

### 31. TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL

#### 31.20 Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
31.20.04.00.1		Elektronische Sprechhilfe (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	890.00	01.01.2021	N
31.20.05.00.1		Elektronischer Stimmverstärker (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	529.00	01.01.2021	N

### 35. VERBANDMATERIAL

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

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

Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen.

In Evaluation bis 31.12.2020

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB	Gültig ab	Rev.
35.03.01.01.1	L	Verband mit Aktivkohle 5x5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen <u>In-Evaluation bis 31.12.2020</u>	1 Stück	4.50	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.02.1	L	Verband mit Aktivkohle 7.5x7.5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen <u>In-Evaluation bis 31.12.2020</u>	1 Stück	6.95	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.03.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x10 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen <u>In-Evaluation bis 31.12.2020</u>	1 Stück	10.40	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.04.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen <u>In-Evaluation bis 31.12.2020</u>	1 Stück	21.20	01.04.2018 01.01.2021	N V
35.03.01.06.1	L	Verband mit Aktivkohle 15x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen <u>In-Evaluation bis 31.12.2020</u>	1 Stück	32.25	01.04.2018 01.01.2021	N V