

Kommentierte

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

vom 01. Oktober 2021

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

---

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

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

<sup>3</sup> AS 2021 394, Nr. 96 vom 25. Juni 2021



**Inhaltsübersicht**

1	Allgemeine Vorbemerkungen .....	4
1.1	Rechtsgrundlagen .....	4
2	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV .....	4
2.1	Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen) .....	4
2.2	Vergütungsregelung MiGeL (Art. 20 ff. KLV) .....	4
2.3	Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen .....	5
3	Aufnahmeverfahren MiGeL .....	6
4	Struktur der MiGeL .....	6
4.1	Produktgruppen .....	6
4.2	Positionsnummern .....	6
4.3	Zuordnung Miete / Kauf, Kumulation von Positionen .....	7
4.4	Limitationen .....	7
4.5	Reparaturen .....	7
4.6	«pro Jahr», «pro Rata» und «pro Kalenderjahr» .....	7
4.7	Abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben .....	8
5	Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL) .....	8
6	Abkürzungen .....	15
7	Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) .....	16
7.1	Produktgruppen-Übersicht .....	16

## 1 Allgemeine Vorbemerkungen

### 1.1 Rechtsgrundlagen

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

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

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

### 2.1 Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen)

Nach Artikel 25 KVG zählen Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). 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 Mitteln und Gegenständen, die in der MiGeL festgelegt sind (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 KVG; Art. 33 Bst. e KVV).

Bisher hat die OKP 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, separat vergütet. Mit der Änderung des KVG vom 18. Dezember 2020 (Art. 25a und 52 Abs. 1 Bst a Ziff. 3 KVG; BBI 2020 9945) wird die OKP neu auch die von Leistungserbringern (Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) im Rahmen der ärztlich angeordneten Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG verwendeten Mittel und Gegenstände separat gemäss der MiGeL vergüten. Darunter fallen auch Mittel und Gegenstände, welche ausschliesslich durch Pflegefachpersonen angewendet werden können (entspricht Kategorie C). Mittel und Gegenstände, welche in einem direkten Bezug zu den Pflegeleistungen stehen und zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten angewendet werden können (entspricht Kategorie A), werden nicht über die MiGeL vergütet.

Nicht in der MiGeL enthalten sind Mittel und Gegenstände, die durch Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG (Arzt/Ärztin, Spital oder andere medizinisch-therapeutische Fachpersonen wie z. B. Physiotherapeut/Physiotherapeutin) im Rahmen ihrer Tätigkeit nicht für Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG angewendet werden. Deren Vergütung ist mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen der jeweiligen Leistungserbringer geregelt (Art. 20 Abs. 2 KLV). Mittel und Gegenstände, 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.

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

Bei Verwendung durch die Versicherten direkt oder allenfalls unter Beizug von nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Personen werden von der OKP die in der MiGeL aufgeführten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbetrag (HVB Selbstanwendung; Art. 24 Abs. 1 KLV) vergütet, sofern diese:

- a. der Produktbeschreibung einer MiGeL-Position entsprechen
- b. auf dem Schweizer Markt zugelassen sind

- c. den erforderlichen therapeutischen Zweck oder den Zweck der Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen erfüllen
- d. durch einen Arzt oder eine Ärztin oder im Rahmen von Artikel 4 Buchstabe c KLV durch einen Chiropraktor oder eine Chiropraktorin verordnet sind
- e. von einer nach Artikel 55 KVV zugelassenen Abgabestelle direkt an den Versicherten/die Versicherte abgegeben werden

Bei Verwendung der Mittel und Gegenstände während des Aufenthaltes der versicherten Person im Pflegeheim oder bei Rechnungstellung durch Pflegefachpersonen oder durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden von der OKP die in der MiGeL aufgeführten und ärztlich angeordneten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten reduzierten HVB (= HVB Pflege; Art. 24 Abs. 2 KLV) vergütet, sofern die oben unter den Buchstaben a bis c erwähnten Voraussetzungen erfüllt sind.

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

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

Für jede Produktart von Mitteln und Gegenständen ist der HVB festgelegt. Für Mittel und Gegenstände, welche von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden, gilt der HVB Selbstanwendung. Für Mittel und Gegenstände, welche sowohl von der versicherten Person selbst (oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person) als auch im Rahmen einer Pflegeleistung nach Artikel 25a KVG angewendet werden können, gilt der reduzierte HVB Pflege, wenn das Produkt während des Aufenthaltes der versicherten Person im Pflegeheim oder durch Pflegefachpersonen oder durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angewendet wird. Die in der MiGeL aufgeführten HVB stellen den Betrag dar, der maximal von den Versicherern im Rahmen der OKP vergütet werden kann (Art. 24 Abs. 3 KLV). Der versicherten Person ist es freigestellt, ein spezifisches geeignetes Produkt im Rahmen dieses HVB auszuwählen, wobei ein allfälliger Mehrbetrag (Art. 24 Abs. 3 KLV) zu Lasten der versicherten Person geht. Bei der Abgabe von Mittel und Gegenständen während des Aufenthaltes der versicherten Person im Pflegeheim, durch Pflegefachpersonen oder durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sollen nach Möglichkeit kostengünstige Produkte gewählt werden, so dass der HVB eingehalten werden kann. Es liegt in der Pflicht der Leistungserbringer die versicherte Person über Kosten, welche nicht von OKP übernommen werden, zu informieren. Mittel und Gegenstände sind nicht im Tarifschutz eingeschlossen (Art. 44 Abs. 1 KVG). Die Versicherer können für die Vergütung der Mittel und Gegenstände, welche in der MiGeL gelistet sind, mit den Pflegeheimen, den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder den Pflegefachpersonen Tarife nach Artikel 46 KVG vereinbaren (Art. 24 Abs. 6 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 wird bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung berücksichtigt.

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

### 2.3 Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen

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

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

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

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

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

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

### **3 Aufnahmeverfahren MiGeL**

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

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

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

### **4 Struktur der MiGeL**

#### **4.1 Produktgruppen**

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

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

In den bestehenden Produktgruppen sind Produkte gelistet, welche sowohl von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person als auch im Rahmen einer Pflegeleistung nach Artikel 25a KVG angewendet werden können (entspricht Kategorie B). Bei der Anwendung durch die versicherte Person selbst (oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person) gilt der HVB (= HVB Selbstanwendung; Art. 24 Abs. 1 KLV). Bei der Anwendung des Produktes während des Aufenthaltes der versicherten Person im Pflegeheim oder bei Rechnungsstellung durch Pflegefachpersonen oder durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gilt ein reduzierter HVB (= HVB Pflege; Art. 24 Abs. 2 KLV).

Mittel und Gegenstände, welche ausschliesslich durch Pflegefachpersonen angewendet oder appliziert und nicht von der versicherten Person selbst oder durch eine nichtberuflich mitwirkende Person verwendet werden können, sind noch nicht in der MiGeL und werden in eine neue Kategorie C eingeteilt. Für die Umsetzung dieser Neuerung gilt eine Übergangsfrist von 12 Monaten ab dem Inkrafttreten der Änderung des KVG. Während dieser Übergangsfrist erfolgt die Vergütung für diese Mittel und Gegenstände gemäss dem bisherigen Recht, d.h. über die drei Kostenträger OKP, Versicherte und Kantone.

Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe, Gaze, Desinfektionsmittel, Maske und Schutzkleidung) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Fieberthermometer, spezielle ergonomische Kissen, wiederverwendbare Instrumente wie Scheren und

Pinzetten) werden der Kategorie A zugeteilt. Produkte der Kategorie A bilden keinen Bestandteil der MiGeL und werden entsprechend den Regeln der Pflegefinanzierung nach Artikel 25 und 25a KVG und Artikel 7 ff. KLV vergütet.

#### 4.2 Positionsnummern

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

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

Für Miete und Kauf sind separate Positionen aufgeführt (Art. 24 Abs. 4 KLV). Die Einheit des aufgeführten Betrages (z.B. Stückpreis, Miete pro Tag etc.) ist bei jeder Position jeweils angegeben. Die Versicherer übernehmen die Kosten im Rahmen des anwendbaren HVB nur für Mittel und Gegenstände in gebrauchsfertigem Zustand. Bei Mitteln und Gegenständen, die durch Kauf erworben werden, übernimmt der Versicherer die Kosten für die notwendige Anpassung und den Unterhalt, sofern dies in der Liste vorgesehen ist. Bei Miete sind Unterhalts- und Anpassungskosten im Mietpreis inbegriffen (Art. 24 Abs. 5 KLV).

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

#### 4.4 Limitationen

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

#### 4.5 Reparaturen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.7 Beschreibungen in der Spalte HVB Pflege**

Grundsätzlich enthält die Spalte HVB den Höchstvergütungsbetrag. Ausnahmsweise kann eine MiGeL-Position keinen HVB Pflege oder einen Hinweis enthalten:

- Keine HVB-Angabe enthalten folgende Positionen:
  - Vergütung gemäss Positionen des SVOT-Tarifs
  - Vergütung gemäss Positionen des OSM-Tarifs
  - Vergütung gemäss Tarif Handelsware UV/MV/IV
  - Vergütung gemäss den Bestimmungen der AHV/IV
  - Anziehhilfen; ambulante Überwachung von akuten Covid-19-Patientinnen und -Patienten zuhause: Vergütung nur bei Selbstanwendung
  - Vergütung gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung nach Artikel 25 und 25a KVG und Artikel 7 ff. KLV
- «Kategorie A» sind Positionen, die im Rahmen der Selbstanwendung gemäss HVB Selbstanwendung vergütet werden. Bei Anwendung durch Pflegefachpersonen erfolgt eine Vergütung entsprechend den Regeln der Pflegefinanzierung nach Artikel 25 und 25a KVG und Artikel 7 ff. KLV

#### **4.8 Abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben**

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

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

#### **01. Absauggeräte**

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



### **03. Applikationshilfen**

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

### **05. Bandagen**

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

### **06. Bestrahlungsgeräte**

Bestrahlungsgeräte dienen der Applikation von Energie in den menschlichen Körper.

### **09. Elektrostimulationsgeräte**

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

### **10. Gehhilfen**

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

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

### **13. Hörhilfen**

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

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

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

### **14. Inhalations- und Atemtherapiegeräte**

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

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

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

Die Inhalations- und Atemtherapiegeräte beinhalten folgende Produktuntergruppen:

**Inhalationsgeräte**

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

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

**Vorschaltkammern zu Dosieraerosolen**

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

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

**Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation**

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

**Atemtherapiegeräte zum Atemmuskeltraining**

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

**Sauerstofftherapie**

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

**Sauerstoff-Langzeittherapie:**

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

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

Folgende Systeme sind für eine Sauerstoff-Langzeittherapie geeignet:

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

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

Technische Hinweise:

Druckgasflaschen:

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

Flüssigsauerstoff:

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

Keine Pflichtleistung für eine Sauerstofftherapie besteht bei:

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

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

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

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

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

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

### **15. Inkontinenzhilfen**

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

Inkontinenzgrade bei Erwachsenen:

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

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

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

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

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

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

### **Inkontinenz-Einlagen**

Technische Hinweise:

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

### **Scheidenpessare**

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

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

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

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

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

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

### **17. Kompressionstherapie-Mittel**

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

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

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

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

### **23. Orthesen**

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

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

#### **24. Prothesen**

Prothesen sind Produkte, die dem Ersatz von Körperteilen dienen.

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

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

#### **25. Sehhilfen**

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

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

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

#### **29. Stomaartikel**

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

#### **30. Therapeutische Bewegungsgeräte**

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

#### **31. Tracheostoma-Hilfsmittel**

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

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

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

Unter elektronische Sprechhilfegeräte fallen in der MiGeL die elektronische Sprechhilfe und der elektronische Stimmverstärker. Elektronische Sprechhilfegeräte werden auch von der IV und AHV übernommen (siehe auch Erläuterungen unter 2.3).

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

### **35. Verbandmaterial**

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

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

### **99. Verschiedenes**

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

## 6 Abkürzungen

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

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

Fassung vom 1.10.2021

**7.1 Produktgruppen-Übersicht**

01.	ABSAUGGERÄTE .....	17
03.	APPLIKATIONSHILFEN .....	20
05.	BANDAGEN.....	24
06.	BESTRAHLUNGSGERÄTE .....	29
09.	ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTE .....	30
10.	GEHHILFEN .....	35
13.	HOERHILFEN.....	37
14.	INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERÄTE .....	38
15.	INKONTINENZHILFEN.....	56
16.	KÄLTE- und / oder WÄRMETHERAPIE-MITTEL.....	64
17.	KOMPRESSIIONSTHERAPIE-MITTEL.....	65
21.	MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE/-FUNKTIONEN.....	80
23.	ORTHESEN.....	89
24.	PROTHESEN .....	93
25.	SEHHILFEN.....	95
29.	STOMAARTIKEL .....	97
30.	THERAPEUTISCHE BEWEGUNGSGERÄTE .....	98
31.	TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL.....	99
35.	VERBANDMATERIAL.....	103
99.	VERSCHIEDENES .....	129



**01. ABSAUGGERÄTE**

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

**01.01 Milchpumpen**

Bei voraussichtlich längerer Therapieanwendung wird ein Kauf empfohlen.

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
01.01.01.00.1	L	Milchpumpe, handbetrieben, Kauf  Limitation: siehe Pos. 01.01	1 Stück	47.00	44.65	01.01.1996 01.04.2020 01.10.2021	B,C P
01.01.02.00.1	L	Einzelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf  Limitation: siehe Pos. 01.01	1 Stück	175.00	166.25	01.04.2020 01.10.2021	N P
01.01.03.00.1	L	Doppelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf  Limitation: Ausschliesslich bei Frühgeborenen	1 Stück	340.00	323.00	01.04.2020 01.10.2021	N P
01.01.03.00.2	L	Milchpumpe (Einzel- oder Doppelmilchpumpe), elektrisch, Miete	Miete/Tag	2.30	2.19	01.01.1996 01.04.2020	B,C

		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>				01.01.2021 01.10.2021	C P
01.01.04.00.1	L	Zubehörset (Flasche, Abpumphaube mit Verbindungsstück, Adapter, Schlauch) zu Milchpumpe, elektrisch Anwendbar mit Pos. 01.01.02.00.1, 01.01.03.00.1 und 01.01.03.00.2  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe Pos. 01.01</li> <li>• Bei Frühgeborenen kann bis maximal das Doppelte des genannten Höchstvergütungsbetrages vergütet werden</li> </ul>	1 Set	27.75	23.59	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021 01.10.2021	B,C B,C P

### 01.02 Absauggeräte für Atemwege

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
01.02.02.00.1	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10l/Min.$ , Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	1'050.00	997.50	01.01.2021 01.10.2021	N C,P
01.02.02.00.2	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10l/Min.$ , Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. Mietdauer 6 Monate</li> <li>• In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, die Mietdauer um bis zu 6 Monate verlängert werden.</li> </ul>	Miete / Tag	0.92	0.87	01.01.2021 01.10.2021	N C,P

		<ul style="list-style-type: none"> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>					
01.02.05.00.1		Verbrauchsmaterial zu Absauggerät für Atemwege (Absaugschlauch, Verbindungsschlauch, Filter und Fingertip) Anwendbar mit Pos. 01.02.02.00.1 und 01.02.02.00.2	pro Jahr (pro rata)	106.00	100.70	01.01.2021 01.10.2021	N P
01.02.10.00.1		Absaugkatheter zu Absauggerät für Atemwege Anwendbar mit Pos. 01.02.02.00.1 und 01.02.02.00.2	1 Stück	0.63	0.57	01.01.2021 01.10.2021	N P

**01.03 Absaugsystem für Pleuraerguss und Ascites**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
01.03.01.01.1		Set für Ascites oder Pleura-Drainage (inkl. Verbindungsschlauch)	1 Set	85.20	76.68	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021	B,C B,P
01.03.02.01.1		Verbindungsschlauch zur Spülung des Katheters, steril	1 Stück	27.05	25.70	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021	B,C B,P
01.03.02.02.1		Sicherheitsklemme, unsteril	1 Stück	12.20	11.59	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021	B,C B,P

**03. APPLIKATIONSHILFEN**

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

**03.01 Applikationshilfen für die künstliche Ernährung**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.01.01.00.1		Transnasale Sonde	1 Stück	18.00	16.20	01.01.1996 01.10.2021	P
03.01.02.00.1		Überleitungsgerät zur Schwerkraftapplikation	1 Stück	8.60	8.17	01.01.1996 01.10.2021	P

**03.02 Insulinpumpen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.02.01.00.2	L	<p>Insulinpumpen-System, Miete</p> <p>Pauschale für Insulinpumpe (inkl. allfällige Notfallpumpenlieferung und Serviceleistungen), Zubehör und Verbrauchsmaterial (Infusions-Set/Katheter, Bauchgurte, Tragsysteme, Ampullen)</p> <p>Anteile Pauschale/Tag für Insulinpumpe CHF 3.65, für Verbrauchsmaterial CHF 6.42 (Diese Aufteilung kommt aus technischen Gründen nicht für das System der Patch-Pumpe zur Anwendung).</p> <p>Limitation: Zur Insulintherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei labilem Diabetes und / oder wenn die Einstellung auch mit der Methode der Mehrfachinjektionen medizinisch unbefriedigend ist</li> <li>• Indikationen des Pumpeneinsatzes und Betreuung des Patienten/ der Patientin durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie/Diabetologie oder durch ein qualifiziertes Zentrum mit mindestens einem Facharzt/einer Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie.</li> </ul>	Pauschale / Tag	10.07	9.57	01.07.2018 01.10.2021	B,C P

**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 Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.03.01.00.1	L	Infusionspumpe, für Volumen von 3-20 ml, tragbar, Kauf  Limitation: siehe 03.03.	1 Stück	2'295.00	2'180.25	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.00.2	L	Infusionspumpe, für Volumen von 3-20 ml, tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	9.00	8.55	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.01.3		Ampulle zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	3.50	3.15	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.02.3		Infusionsset mit Nadel zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	7.20	6.48	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.03.3		Infusionsset mit Teflonkanüle zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.90	8.91	01.01.2001 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.04.3		Batterie zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.90	8.91	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.05.3		Gewindestange zu Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	18.00	16.20	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
03.03.01.06.3		Adapter zur Fixation an Infusionspumpe 3-20 ml	1 Stück	9.00	8.10	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	C P
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	15.39	01.01.1997 01.10.2021	P

03.03.02.01.2		Medikamentenkassette 50 ml Nicht wiederverwendbar.	1 Stück	37.80	34.02	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.02.02.2		Medikamentenkassette 100 ml Nicht wiederverwendbar.	1 Stück	49.50	44.55	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.02.03.2		Remote Reservoir Adaptor Cassette	1 Stück	40.50	36.45	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.02.04.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	8.10	7.29	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.02.05.2		Batterie zu Infusionspumpe 50/100 ml	1 Stück	6.30	5.67	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.02.06.2		Nadel	1 Stück	0.45	0.38	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.03.00.2	L	Infusionspumpe für grössere Volumen, nicht tragbar, Miete, exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	7.20	6.84	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.03.01.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	1.90	1.71	15.07.2015 01.10.2021	N P
03.03.04.00.2	L	Infusionspumpe mechanisch oder nur teilweise programmierbar, Miete exkl. Verbrauchsmaterial.  Limitation: siehe 03.03.	Miete/Tag	2.00	1.90	01.01.1997 01.10.2021	P
03.03.04.01.2		Verbindungsschlauch	1 Stück	1.90	1.71	15.07.2015 01.10.2021	C P
03.03.05.00.2		Pumpe zur pulsatilen Hormonverabreichung, Miete	Miete/Tag	9.00	8.55	01.01.1996 01.10.2021	P
03.03.06.00.1		Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin- Heim-Therapie, Kauf	1 Stück	2'840.00	2'698.00	01.08.2007 01.10.2021	P
03.03.06.01.1		Infusionsset mit Nadel zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	25 Stück	245.00	220.50	01.08.2007 01.10.2021	P
03.03.06.02.1		Reservoir 20 ml zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	50 Stück	95.00	85.50	01.08.2007 01.10.2021	P
03.03.06.03.1		Pauschale für die Erstinstruktion (Instruktion, Aufbereitung, Transport), einmalige Instruktion bei Therapiebeginn durch Pflegefachperson	Pauschale	320.00	Art. 7a KLV	01.08.2007 01.10.2021	P

**03.04 Material für Infusionstherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.04.01.00.1		Infusionsschlauch normal	1 Stück	4.10	3.69	01.01.1997 01.10.2021	P
03.04.02.00.1		Infusionsschlauch schwarz	1 Stück	6.30	5.67	01.01.1997 01.10.2021	P
03.04.04.00.1		Luer-lock-Spritze	1 Stück	0.45	0.34	01.01.1997 01.10.2021	P
03.04.05.00.1		Nadel	1 Stück	0.45	0.34	01.01.1997 01.10.2021	P

**03.05 Injektionshilfen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
03.05.01.00.1		Insulin-Wegwerfspritzen mit Nadel	100 Stück	44.40	33.30	01.03.2018 01.10.2021	B P
03.05.02.00.1		Wegwerfspritze mit Nadel	1 Stück	0.30	0.26	01.03.2018 01.10.2021	B P
03.05.03.00.1	L	Pen zur Injektion von Insulin, ohne Nadel  Limitation: 1 Pen pro Insulinpräparat, alle 2 Jahre	1 Stück	71.40	60.69	01.03.2018 01.10.2021	B P
03.05.03.01.1		Injektionsnadel zu Pen	100 Stück	30.00	22.50	01.03.2018 01.10.2021	B P
03.05.20.00.1	L	Pen für verschiedene Medikamente verwendbares Injektionshilfegerät  Limitation: 1 Pen pro zu injizierendes Präparat, alle 2 Jahre	1 Stück	94.75	85.28	01.03.2018 01.10.2021	B P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.02.01.00.1		Knöchelstütze (elastische Kompression, ohne Pelotten und Stützelementen)	1 Stück	18.00	16.20	01.08.2016 01.10.2021	C P
05.02.02.00.1		Sprunggelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) zur Sprunggelenkweichteil-/ Achillessehnenkompression.	1 Stück	90.00	81.00	01.01.1999 01.10.2021	P
05.02.03.00.1		Sprunggelenk-Funktionssicherungsbandage	1 Stück	108.00	97.20	01.01.1999 01.10.2021	P
05.02.04.00.1		Sprunggelenk-Stabilisierungsbandage mit verstärkenden Stützelementen	1 Stück	126.00	113.40	01.08.2016 01.10.2021	C P
05.02.05.00.1		Ristband	1 Stück	18.00	16.20	01.10.2018 01.10.2021	N P

**05.04 Knie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.04.02.00.1		Kniekompressionsbandage mit Pelotte(n), z.B. Patella-, Patellasehnenbandagen.	1 Stück	94.50	85.05	01.01.1999 01.10.2021	P
05.04.03.00.1		Knieführungsbandage	1 Stück	144.00	129.60	01.01.1999 01.10.2021	P
05.04.04.00.1		Knieführungsbandage mit Flexions-/ Extensionsbegrenzung	1 Stück	522.00	469.80	01.01.1999 01.10.2021	P
05.04.05.00.1		Kniestabilisierungsbandage	1 Stück	162.00	145.80	01.01.1999 01.10.2021	P
05.04.06.00.1		Kniekappe	1 Stück	18.00	16.20	01.10.2018 01.10.2021	N P



**05.06 Hüfte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.06.01.00.1		Hüftdysplasie-/Luxationsbandagen Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST oder gemäss Positionen Tarif Handelsware UV/MV/IV, in der Fassung vom 1. Januar 2019				01.01.2017 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P

**05.07 Hand**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.07.01.00.1		Daumensattelgelenkbandage	1 Stück	63.00	56.70	01.01.1999 01.10.2021	P
05.07.02.00.1		Handgelenkbandage ohne Schiene	1 Stück	22.50	20.25	01.01.1999 01.10.2021	P
05.07.03.00.1		Handgelenkbandage mit Schiene	1 Stück	45.00	40.50	01.01.1999 01.10.2021	P
05.07.04.00.1		Handgelenk-Stabilisierungsbandage mit Finger- und Daumenteil	1 Stück	108.00	97.20	01.01.1999 01.10.2021	P
05.07.05.00.1		Handgelenkband	1 Stück	11.20	10.08	01.10.2018 01.10.2021	N P

**05.08 Ellenbogen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.08.01.00.1		Epicondylitisbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	54.00	48.60	01.01.1999 01.10.2021	P
05.08.02.00.1		Epicondylitisbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	90.00	81.00	01.01.1999 01.10.2021	P
05.08.03.00.1		Epicondylitisspange mit Pelotte(n)	1 Stück	58.50	52.65	01.01.1999 01.10.2021	P

**05.09 Schulter**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.09.01.00.1		Schulterbandage (Gilchristverband)	1 Stück	97.00	87.30	01.01.1999 01.10.2021	P
05.09.02.00.1		Schlüsselbeinbandage (Rucksackverband)	1 Stück	46.00	41.40	01.01.1999 01.10.2021	P

**05.10 Arm**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.10.01.00.1		Armtraggurten Kinder, 35 mm	1 Stück	5.60	5.04	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.10.02.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 35 mm	1 Stück	6.10	5.49	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.10.03.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 45/50 mm	1 Stück	8.80	7.92	01.10.2018 01.10.2021	N P

**05.11 Leib / Rumpf**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.11.01.00.1		Rippenbruchbandage (Rippengürtel)	1 Stück	31.50	28.35	01.01.1996 01.10.2021	P
05.11.02.00.1		Symphysenbandage	1 Stück	153.00	137.70	01.01.1999 01.10.2021	P
05.11.10.00.1		Bauchbandage, Höhe 25 cm	1 Stück	45.00	40.50	01.01.1997 01.10.2021	P
05.11.11.00.1		Bauchbandage, Höhe 32 cm	1 Stück	58.50	52.65	01.01.1997 01.10.2021	P
05.11.20.00.1	L	Sternum Stützbandage (Stützweste) mit anterior-posteriorer Stabilisation  Limitation: Nur nach Sternotomien	1 Stück	260.00	234.00	01.01.2012 01.10.2021	P

**05.12 Halswirbelsäule**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.12.01.00.1		Halskragen, anatomisch	1 Stück	45.00	40.50	01.01.1999 01.10.2021	P
05.12.02.00.1		Halskragen, anatomisch mit Verstärkung	1 Stück	88.00	79.20	01.01.1999 01.10.2021	P

**05.13 Brustwirbelsäule**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.13.01.00.1		Brustwirbelsäulen-Bandage	1 Stück	94.50	85.05	01.01.1999 01.10.2021	P

**05.14 Lendenwirbelsäule**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.14.01.00.1		Lumbalbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	115.00	103.50	01.01.1999 01.10.2021	P
05.14.02.00.1		Lumbalbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	171.00	153.90	01.01.1999 01.10.2021	P
05.14.03.00.1		Lumbalstützbandage ohne Pelotte(n)	1 Stück	180.00	162.00	01.01.1999 01.10.2021	P
05.14.04.00.1		Lumbalstützbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	265.00	238.50	01.01.1999 01.10.2021	P

**05.20 Tape starr / elastisch**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
05.20.01.00.1		Tape starr Breite 2 cm	pro m	0.65	0.59	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.02.00.1		Tape starr Breite 3.75 cm	pro m	0.95	0.86	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.03.00.1		Tape starr Breite 5 cm	pro m	1.45	1.31	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.04.00.1		Tape elastisch Breite bis 3 cm	pro m	2.60	2.34	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.05.00.1		Tape elastisch Breite bis 5 cm	pro m	4.00	3.60	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.06.00.1		Tape elastisch Breite bis 7.5 cm	pro m	3.85	3.47	01.10.2018 01.10.2021	N P
05.20.07.00.1		Tape elastisch Breite bis 10 cm	pro m	4.85	4.37	01.10.2018 01.10.2021	N P

**06. BESTRAHLUNGSGERAETE**

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

**06.01 Lichttherapie**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
06.01.01.00.1	L	Lampe zur Lichttherapie, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei saisonaler Depression (Seasonal Affective Disorder, SAD).</li> <li>• Gerätevoraussetzungen: Lichtintensität von 10'000 Lux bei einem Abstand zur Lampe von <math>\geq 30</math> cm</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	300.00	285.00	01.01.2017 01.10.2020 01.10.2021	B B,C P
06.01.01.00.2	L	Lampe zur Lichttherapie, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei saisonaler Depression (Seasonal Affective Disorder, SAD).</li> <li>• Gerätevoraussetzungen: Lichtintensität von 10'000 Lux bei einem Abstand zur Lampe von <math>\geq 30</math> cm</li> <li>• Max. Mietdauer 1 Monat.</li> </ul>	Miete/Tag	1.00	0.95	01.01.1998 01.10.2020 01.10.2021	B,C P

**09. ELEKTROSTIMULATIONSGERAETE**

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

**09.01 Iontophorese-Geräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
09.01.01.00.1	L	Leitungswasser-Iontophorese-Gerät inkl. Palmoplantares Zubehör.  Limitation: Bei palmoplantarer/axillärer Hyperhidrosis ohne Ansprechen auf die übliche topische Behandlung; bei vorgängig unter ärztlicher Kontrolle nachgewiesener, individueller Wirksamkeit und Therapieeinstellung. Einmalige Abgabe pro Person.	1 Stück	723.00	686.85	01.01.2000 01.10.2019 01.10.2021	B  P
09.01.01.01.1	L	Achselektrode mit Schwammtasche zu Iontophoresegerät  Limitation: Einmalige Abgabe pro Person	1 Paar	58.75	52.88	01.01.2000 01.10.2019 01.10.2021	B,C P

## 09.02 Nervenstimulationsgeräte

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
09.02.01.00.1	L	<p>Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Kauf Zur Schmerztherapie.</p> <p>Limitation: Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt oder der Chiropraktor auf deren Anordnung der Physiotherapeut muss die Wirksamkeit des TENS am Patienten erprobt und ihn in den Gebrauch des Stimulators eingewiesen haben.</li> <li>• Der Vertrauensarzt muss die Selbstbehandlung durch den Patienten als indiziert bestätigt empfohlen haben.</li> <li>• Die Indikation ist insbesondere gegeben bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen, die von einem Neurom ausgehen; so z. B. durch Druck auslösbare lokalisierte Schmerzen im Bereiche von Amputationsstümpfen;</li> <li>• Schmerzen, die von einem neuralgischen Punkt aus durch Stimulation (Druck, Zug oder elektrische Reizung) ausgelöst oder verstärkt werden können, wie z. B. ischialgieforme Schmerzzustände oder Schulter-Arm-Syndrome;</li> <li>• Schmerzzustände nach Nervenkompressionserscheinungen; so z.B. weiterbestehende Schmerzausstrahlungen nach Diskushernienoperation oder Carpal tunneloperation.</li> </ul> </li> </ul>	1 Stück	270.00	256.50	01.01.2018 01.10.2021	C P
09.02.01.00.2	L	<p>Transkutanes elektrisches Nervenstimulationsgerät (TENS), Miete Zur Schmerztherapie. Miete mindestens für 10 Tage.</p> <p>Limitation: siehe Pos. 09.02.01.00.1</p>	Miete/Tag	1.30	1.24	01.01.1996 01.10.2021	P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
09.03.01.00.2	L	<p>Weste mit Defibrillator Inkl. Schulung, 24h Notfallservice, Wiederaufbereitung. Miete max. 30 Tage Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tagen hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>als vorübergehende Therapiemaßnahme, wenn eine Implantation eines implantierbaren kardioverten Defibrillators (ICD) nicht sofort möglich ist oder bei Patienten mit einer geplanten Herztransplantation und</li> <li>bei hohem Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand, insbesondere bei ventrikulärer Dysfunktion, Kardiomyopathie, Status nach Myokardinfarkt, Myokarditis, Patienten nach chirurgischer oder perkutaner Revaskularisierung, einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) &lt; 35%</li> </ul> <p>In Evaluation bis 31.12.2021</p>	Miete/Tag	124.00	117.80	01.01.2018 01.01.2019 01.10.2021	C,V V P



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

Die Tumortherapiefelder sind elektrische Wechselspannungsfelder zur regionalen Behandlung von Tumoren.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
09.04.01.00.2	L	<p>Tumortherapiefelder (TTFields) zur Behandlung des neu diagnostizierten Glioblastoms, inkl. Keramikgelpads mit Keramikisolatoren für einen Durchschlagspannungswiderstand von mindestens 4'000 Volt, mit Temperatursensoren und Feldgeneratoren zur Regelung der Energie der Isolatoren; inkl. Serviceleistungen und Wartungsarbeiten</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Versicherte ab 18 Jahren</li> <li>• Karnofsky-Performance-Score von mind. 70</li> <li>• Therapiebeginn: 4-7 Wochen nach Radiochemotherapie</li> <li>• Nur in Kombination mit begleitender Temozolomid-Erhaltungstherapie</li> <li>• Keine Tumorprogression nach der adjuvanten Radiochemotherapie</li> </ul> </li> <li>• Vergütungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütungsstopp sobald Tumorprogression</li> <li>• Keine Vergütung beim Einsatz bei Rezidiv-Glioblastom</li> <li>• Nach 3 Monaten (und regelmässig in der weiteren Behandlung) muss der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin eine Beurteilung der Compliance vornehmen; bei unzureichender Compliance (Tragedauer von mind. 18 Stunden / Tag nicht erfüllt) darf die Therapie nicht mehr vergütet werden</li> <li>• Verschreibung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für medizinische Onkologie</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, danach jährliche Erneuerung der Kostengutsprache.</li> </ul> </li> <li>• Erstinstruktion und Sicherstellung der Behandlung (inkl. Compliance-Kontrolle) durch Anbieter</li> <li>• Max. vergütete Behandlungsdauer: 2 Jahre</li> </ul>	Miete / Monat	14'320.00	13'604.00	01.04.2021 01.10.2021	N P

		In Evaluation bis 30.06.2024					
--	--	------------------------------	--	--	--	--	--

## 10. GEHILFEN

## 10.01 Hand- / Gehstöcke

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
10.01.01.00.1	L	Krücken für Erwachsene, ergonomischer Griff, Kauf  Limitation <ul style="list-style-type: none"> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Paar	35.00	29.75	01.07.2017 01.07.2021 01.10.2021	N B C,P
10.01.01.01.1	L	Krücken für Erwachsene, anatomischer- / orthopädischer Griff, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Notwendigkeit einer länger andauernden Entlastung (min. 1 Monat)</li> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Paar	60.00	51.00	01.07.2017 01.07.2021 01.10.2021	N B C,P
10.01.01.02.1	L	Kinderkrücken (Krücken für kleine Körpergrößen), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Paar	44.00	37.40	01.01.2018 01.07.2021 01.10.2021	C B C,P
10.01.01.02.2	L	Kinderkrücken (Krücken für kleine Körpergrößen), Miete 1 Paar  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximale Mietdauer 6 Wochen, nach Ablauf gehen die Krücken als Eigentum automatisch an die versicherte Person über.</li> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/Tag	1.15	1.04	01.01.2018 01.07.2021 01.10.2021	C B,C C,P

**10.02 Höhenausgleich bei Gips und Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
10.02.01.00.1	L	Höhenausgleichssohle (inkl. mehrstufige) bei Gips und Orthesen  Limitation: 1 Stück pro Behandlungsfall	1 Stück	39.00	35.10	01.01.2015 01.01.2021 01.10.2021	N C P

**13. HOERHILFEN****13.01 Hörgeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
13.01.01.00.1		Hörgerät Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Indikationsstufen) der AHV/IV.				01.07.2001 01.07.2019 01.10.2021	C P
13.01.01.01.1		Batterien zu Hörgerät, monaurale Versorgung Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Hörgeräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres).	pro Jahr	60.00	51.00	01.07.2010 01.07.2019 01.10.2021	C P
13.01.01.02.1		Batterien zu Hörgerät, binaurale Versorgung Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Hörgeräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres).	pro Jahr	120.00	102.00	01.07.2010 01.07.2019 01.10.2021	C P
13.01.01.03.1		Batterien, Service und Unterhalt für implantierte Hörhilfe (u.a. Cochlea-Implantate). Bei angebrochenem Versorgungsjahr sind die Pauschalen anteilmässig pro Monat seit der Geräteabgabe zu berechnen (Vergütung nach Ablauf des Kalenderjahres). Auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, kann bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages vergütet werden.	pro Jahr	436.00	414.20	15.07.2015 01.07.2019 01.10.2021	C C P

## 14. INHALATIONS- und ATEMTERAPIEGERÄTE

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

### 14.01 Inhalationsgeräte

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

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

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

#### b) Ultraschall-Technologie

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

#### c) Mesh-Technologie

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

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

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

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

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

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.01.01.00.1	L	Aerosol-Apparat, Kauf komplett, inkl. original passender Vernebler  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Gerät alle 5 Jahre.</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	195.00	175.50	01.01.1999 01.07.2020 01.10.2021	B,C C,P
14.01.01.00.2	L	Aerosol-Apparat, Miete (inkl. Erstinstruktion, Erstinstallation) exkl. Vernebler  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miete max. 90 Tage</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/Tag	0.20	0.19	01.07.2010 01.07.2020 01.10.2021	B,C C,P
14.01.01.01.3		Vernebler (inkl. Schlauch) zu Aerosol-Apparat Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.03.00.1 bis 14.01.03.02.3	1 Stück	39.45	35.51	15.07.2015 01.07.2020 01.10.2021	B,C P
14.01.01.02.3		Vernebler mit Mesh-Technologie (inkl. Aerosolzerzeuger und Schlauch) zu Aerosol-Apparat Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.03.00.1 bis 14.01.03.02.3	1 Stück	99.65	89.69	01.07.2020 01.10.2021	N P
14.01.01.03.2		Pauschale für Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung des Aerosol-Apparates (Pos. 14.01.01.00.2) Diese Position wird pro Miete einmalig bei Rücknahme vergütet.	Pauschale	25.00	23.75	15.07.2015 01.07.2020 01.10.2021	C B,C P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.01.03.00.1	L	<p>Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie, Kauf komplett, inkl. original passender Vernebler und Aerosolerzeuger</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zur Applikation von Medikamenten in die unteren Atemwege, welche gemäss Fachinformation des Medikamentes nur zur Verwendung mit diesem spezifischen Aerosol-Apparat zugelassen sind.</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> <li>1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	1'115.00	1'059.25	01.01.2010 01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021	B,C C P
14.01.03.00.2	L	<p>Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie (inkl. Rücknahme und Wiederaufbereitung des Geräts), Miete exkl. Vernebler und Aerosolerzeuger</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zur Applikation von Medikamenten in die unteren Atemwege, welche gemäss Fachinformation des Medikamentes nur zur Verwendung mit diesem spezifischen Aerosol-Apparat zugelassen sind.</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> </ul>	Miete/Tag	1.00	0.95	01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021	N C P
14.01.03.01.3		<p>Vernebler und Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.01.00.1 bis 14.01.01.03.2</p>	1 Stück	130.00	117.00	01.01.2010 01.07.2020 01.10.2021	B,C P



Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.01.03.02.3		Aerosolerzeuger zu Aerosol-Apparat zur Herstellung von speziellen therapeutischen Aerosolen mit Mesh-Technologie Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.01.00.1 bis 14.01.01.03.2	1 Stück	86.00	77.40	01.01.2010 01.07.2020 01.10.2021	B,C P
14.01.04.00.1	L	Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie (*FAVORITE=Flow and Volume Regulated Inhalation Technology) Elektronische Steuereinheit mit Display inkl. Druckluftkompressor zur Aerosolerzeugung, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei folgenden Indikationen: Cystische Fibrose (CF) und Primäre Ciliäre Dyskinesie (PCD) mit chronisch bakterieller Lungenentzündung durch Pseudomonas aeruginosa</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie und Fachärzte oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> <li>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Für das entsprechende Gesuch ist darzulegen, welche Kosteneinsparungen der inhalierten Medikamente zu erwarten sind und ob damit der Mehrpreis gegenüber alternativen Inhalationsgeräten über eine Zeitdauer von 5 Jahren amortisiert werden kann.</li> <li>Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	3'658.40	3'475.48	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021	C C C P
14.01.04.00.2	L	Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie, Miete  Limitation: siehe 14.01.04.00.1	Miete/Tag	2.40	2.28	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020 01.10.2021	C B,C P
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	pro Jahr (pro rata)	322.80	290.52	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020 01.10.2021	C C P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
		benötigten Karten), 1 x Luftfilter für elektronische Steuereinheit, 1 x Nasenklemme					
14.01.30.10.3		Maske zu Aerosol-Apparat	1 Stück	6.00	5.40	01.07.2020 01.10.2021	N P
14.01.30.11.3		Silikonmaske zu Aerosol-Apparat  Limitation: Bei Versicherten mit ungenügendem Mundschluss (z.B. Kinder vor Erlernen des Mundschlusses) oder mit multipler Behinderung (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS))	1 Stück	20.95	18.86	01.08.2016 01.07.2020 01.10.2021	B,C P

**14.02 Vorschaltkammern zu Dosieraerosolen**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.02.02.00.1		Vorschaltkammer inkl. Mundstück für Dosieraerosole	1 Stück	34.30	30.87	01.01.2016 01.07.2020 01.10.2021	C B,C P
14.02.03.00.1		Vorschaltkammer inkl. Maske für Dosieraerosole	1 Stück	38.50	34.65	01.07.2020 01.10.2021	N P
14.02.04.00.1		Maske zu Vorschaltkammer Anwendbar mit Pos. 14.02.02.00.1	1 Stück	7.90	7.11	01.01.1999 01.07.2020 01.10.2021	B,C P

**14.03 Atemtherapiegeräte zur Sekretmobilisation**

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

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

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.03.01.00.1		PEP (Positive Expiratory Pressure) Gerät zur Erzeugung von kontrollierten, positiven Druckschwankungen	1 Stück	40.00	38.00	01.01.1999 01.10.2020 01.10.2021	B,C P
14.03.05.00.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum Krafttraining der Ein- ODER Ausatemmuskulatur (threshold load), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei krankheitsbedingter dokumentierter Atemmuskelschwäche: restriktive Ventilationsstörung mit herabgesetzter Vitalkapazität in der Spirometrie, verminderter (Husten-) Peak Flow, verminderte maximale inspiratorische/expiratorische Atemdrücke (MIP/MEP). Bei Kindern können obengenannte Techniken durch eine klinische Untersuchung ersetzt werden (z.B.: indirekte Zeichen wie ein glockenförmiger Thorax).</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>• Max. 1 Gerät alle fünf Jahre</li> </ul>	1 Stück	40.00	38.00	01.10.2020 01.10.2021	N P
14.03.05.01.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum gleichzeitigen Krafttraining der Ein- UND Ausatemmuskulatur (threshold load), Kauf  Limitation: siehe Pos.: 14.03.05.00.1	1 Stück	100.00	95.00	01.10.2020 01.10.2021	N P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.03.15.00.1	L	Mechanischer In-/Exsufflator, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) oder Paraplegiker-Zentren</li> <li>Max. 1 Gerät alle fünf Jahre</li> </ul>	1 Stück	7'900.00	7'505.00	01.10.2020 01.01.2021 01.07.2021 01.10.2021	N C C P
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 (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) oder Paraplegiker-Zentren</li> </ul>	Miete/Tag	5.15	4.89	01.01.2018 01.10.2020 01.01.2021 01.07.2021 01.10.2021	C B,C C C P
14.03.15.00.3		Verbrauchsmaterial (Maske und Schlauch) für mechanischen In-/Exsufflator Anwendbar mit Pos. 14.03.15.00.1 und 14.03.15.00.2	Pauschale / Tag	1.50	1.35	01.10.2020 01.10.2021	N P
14.03.15.02.1	L	Erstinstallationspauschale für mechanischen In-/Exsufflator inkl. Instruktion  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütung nur bei Durchführung durch einen Techniker des Herstellers oder des Anbieters</li> <li>Anwendbar mit Pos. 14.03.15.00.1 und 14.03.15.00.2</li> </ul>	Pauschale	400.00	380.00	01.08.2007 01.10.2020 01.01.2021 01.10.2021	B,C C P

#### 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 Cor pulmonale,  $\text{PaO}_2 55 - 60 \text{ mmHg} / 7.3 - 8.0 \text{ kPa}$

3. Patienten mit situativen, lang dauernden Hypoxämien:

- 3.1 die vorwiegend belastungsinduzierte Hypoxämie,  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$ . Bzw.  $\text{O}_2$ -Sättigung

< 90% mit dem Nachweis einer verbesserten Leistungstoleranz unter Sauerstoffatmung

- 3.2 das zentrale Schlafapnoe-Syndrom (z. B. Cheyne-Stokes Atmung) mit repetitiven Desaturationen als Alternative zur nichtinvasiven Beatmung

Limitation:

Bei der kontinuierlichen Sauerstoff-Langzeittherapie gilt folgende Limitation:

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

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

- Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt für Pneumologie.
- Vorliegen von Blutgasanalysen innerhalb der letzten 1-3 Monate vor Gesuchsstellung, vorgenommen in Ruhe unter klinisch stabilen Verhältnissen.
- Die Ergebnisse einer spirometrischen Lungenfunktionsprüfung aus dem letzten Monat vor Antragstellung liegen vor.
- Bei Kindern < 7 Jahren ist die Lungenfunktionsprüfung fakultativ und die Blutgasanalysen können durch nicht-invasive Messmethoden ersetzt werden (z.B. transkutane Bestimmungen von  $\text{O}_2$  und  $\text{CO}_2$ ).
- Der maximale Bewilligungszeitraum beträgt 12 Monate.
- Für eine erneute Kostengutsprache sind Indikationen und Behandlungsvoraussetzungen wie bei der Ersten zu prüfen.

- Grund für eine Ablehnung der Bewilligung sind auch gewichtige Argumente, die für eine nicht zureichende Mitarbeit des Patienten sprechen. Bei einer Neubeantragung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pfleger	Gültig ab	Rev.
14.10.00.05.1		Zuschlag für Notfalllieferung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr	pro Lieferung	54.00	51.30	01.01.2009 01.10.2021	P
14.10.00.06.1		Zuschlag für Notfalllieferung zwischen 22.00 und 07.00 Uhr und am Wochenende	pro Lieferung	108.00	102.60	01.01.2009 01.10.2021	P
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximal 5 Füllungen pro Monat</li> <li>• Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.</li> </ul>	1 Füllung	42.60	40.47	01.07.2012 01.10.2021	P
14.10.02.00.2	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen, grösser 5 Liter bis und mit 10 Liter, inklusive Verbrauchsmaterial.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximal 5 Füllungen pro Monat.</li> <li>• Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.</li> </ul>	1 Füllung	45.40	43.13	01.07.2012 01.10.2021	P
14.10.03.00.2	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen, grösser 10 Liter, inklusive Verbrauchsmaterial.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximal 5 Füllungen pro Monat.</li> <li>• Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.</li> </ul>	1 Füllung	42.80	40.66	01.01.2003 01.10.2021	P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	0.48	01.07.2012 01.10.2021	P
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	0.71	01.07.2012 01.10.2021	P
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	0.43	01.01.2001 01.10.2021	P
14.10.06.00.2	L	Flaschenwagen, Miete, alle Grössen.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/Tag	0.25	0.24	01.01.2001 01.10.2021	C,P
14.10.07.00.2		Hauslieferung Druckgasflaschen Die Rücknahme gilt nicht als Lieferung.	pro Lieferung	38.75	36.81	01.07.2012 01.10.2021	P
14.10.08.00.2		Erstinstruktionpauschale für Druckgassystem	Pauschale	54.00		01.01.2001 01.10.2021	P
14.10.09.00.2		Erstinstallationspauschale bei Hauslieferung für Druckgassystem (inkl. Lieferung)	Pauschale	54.00	51.30	01.01.2003 01.10.2021	P



Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.81	01.07.1999 01.10.2021	P
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	213.75	01.01.2003 01.10.2021	P
14.10.11.01.2		Erstinstallationspauschale für die mobile Sauerstoff- Druckgasversorgung	Pauschale	108.00	102.60	01.01.2003 01.10.2021	P
14.10.20.00.1	L	Sauerstoff-Konzentrator, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers.</li> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	2'500.00	2'250.00	01.07.2012 01.10.2021	C,P
14.10.20.00.2	L	Sauerstoff-Konzentrator, Miete Inklusive Zubehör, Verbrauchsmaterial, Wartung und Notfallversorgung.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist auf eine ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.</li> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/Tag	5.40	4.86	01.07.2012 01.10.2021	C,P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.10.20.01.3		Erstinstallationspauschale für Sauerstoff- Konzentrator, inkl. Lieferung.	Pauschale	180.00	171.00	01.01.2003 01.10.2021	P
14.10.20.90.1		Wartungskosten inkl. Verbrauchsmaterial für Sauerstoff-Konzentrator. Bei Kauf. Ab zweitem Jahr.	pro Jahr	270.00	256.50	01.01.2003 01.10.2021	P
14.10.25.00.2	L	Sauerstoff-Konzentrator mit Abfüllsystem für Druckgasflaschen, Miete inklusive Verbrauchsmaterial, Zubehör, Druckgasflaschen (mind. 2 Stück) Sparventil und Wartung.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Therapiedauer länger als 3 Monate nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie gemäss der unter der Pos. 14.10. genannten Limitation.</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/Tag	14.10	13.40	01.01.2003 01.10.2021	C,P
14.10.25.01.2		Erstinstallationspauschale für Sauerstoff-Konzentrator mit integriertem Abfüllsystem für Druckgasflaschen, inkl. Lieferung.	Pauschale	288.00	273.60	01.01.2003 01.10.2021	P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.10.30.00.2	L	<p>Sauerstoff-Flüssiggas-System, Miete Mit stationärem und tragbarem Behälter, Zubehör, Verbrauchsmaterial, Sauerstoff-Füllungen, Lieferung und Wartung.</p> <p>Limitation: Zusätzlich zu den unter der Pos. 14.10 genannten Limitationen gelten folgende Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilität mit regelmässigem täglichem Aufenthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person</li> <li>• Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessungen unter standardisierter Belastung (Blutgasanalysen oder transkutane Oxymetrie) ohne und mit zusätzlicher Sauerstoffzufuhr aus dem letzten Monat vor Antragstellung und eine Beurteilung der Compliance (Therapietreue) liegen vor und belegen den hinreichenden Nutzen der zusätzlichen Sauerstoffzufuhr zur Erlangung der benötigten Mobilität</li> <li>• Sind wegen Veränderungen der Situation die genannten Voraussetzungen der Mobilität nicht mehr gegeben, erlischt die Kostengutsprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungszeitraumes von 12 Monaten</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</li> </ul>	Miete/Monat	774.00	735.30	01.01.2018 01.10.2021	C P
14.10.30.01.2		Erstinstallationspauschale für Flüssiggas-System	Pauschale	216.00	205.20	01.01.2003 01.10.2021	P

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

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

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

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

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

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

Limitation: Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) sowie durch SSSSC zertifizierte Zentren für Schlafmedizin (SSSSC = Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology).

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.11.00.01.1	L	Individuell durch Zahntechniker auf Mass hergestellte Unterkiefer-Protrusionsorthese  Limitation: siehe Pos. 14.11. Zusätzlich gelten folgende Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung auch durch Fachärzte und Fachärztinnen für Oto-Rhino-Laryngologie möglich.</li> <li>• Max. 1 Stück alle 3 Jahre</li> </ul>	1 Stück	730.00	730.00	01.07.2014 01.01.2021 01.10.2021	B,C P
14.11.02.00.1	L	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur nach einem dreimonatigen erfolgreichen Therapieversuch in Miete</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre.</li> </ul>	1 Stück	1'223.00	1'161.85	01.01.2017 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021	B C B,C P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.11.02.00.2	L	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale / Tag	1.49	1.42	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021	C B,C P
14.11.02.01.2	L	Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie bei Neuvermietung CPAP-Gerät  In Evaluation bis 31.12.2021	Pauschale / 3 Monate	530.00	503.50	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021	C B,C P
14.11.02.90.1	L	Wartungskosten inkl. Wartungsmaterial für CPAP-Gerät bei Kauf	pro 2 Jahre	135.00	128.25	01.01.1999 01.01.2021 01.10.2021	C P
14.11.03.00.2	L	Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale/ Tag	6.91	6.56	01.03.2021 01.10.2021	N P
14.11.04.00.2	L	Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	Pauschale/ Tag	2.48	2.36	01.03.2021 01.10.2021	N P
14.11.05.00.1	L	Verbrauchsmaterial (Schlauchsystem, Masken, Filter, Wasserkammer) für Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf  In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. pädiatrische Versicherte) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden. Anwendbar mit Pos. 14.11.02.00.1, 14.11.02.00.2, 14.11.03.00.2, 14.11.04.00.2	pro Jahr	380.00	342.00	01.01.1999 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021	C B,C P
14.11.06.00.1	L	Pauschale für die Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung der Geräte zur Servoventilation und der Bi-Level PAP-Geräte durch Techniker des Herstellers oder Anbieters  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie</li> <li>• Anwendbar mit Pos. 14.11.03.00.2 und 14.11.04.00.2</li> </ul> In Evaluation bis 31.12.2021	Pauschale / 3 Monate	530.00	503.50	01.03.2021 01.10.2021	N P

**14.12 Geräte für die mechanische Heimventilation**

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

Limitation: Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) sowie Paraplegiker-Zentren.

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
14.12.02.00.2	L	Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete	Pauschale / Tag	15.55	14.77	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021	C P
14.12.02.01.3	L	Verbrauchsmaterial zu Beatmungsgerät, bi-level, atem- und zeitgesteuert Auf eine ärztliche Begründung hin, können vom Versicherer in speziellen Fällen, wie z.B. bei Bedarf von Spezialmasken, Luftröhrenbeatmung, höhere Vergütungsbeträge jeweils für 1 Jahr bewilligt werden.	pro Jahr	540.00	486.00	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021	C P
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	384.75	01.01.2001 01.10.2021	P
14.12.03.00.2	L	Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete	Pauschale / Tag	25.20	23.94	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021	C P
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	1'134.00	01.07.1999 01.10.2021	P
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	855.00	01.07.1999 01.10.2021	P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.12.05.00.1	L	Beatmungsbeutel, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li> <li>• Anwendbar mit Pos. 14.12.03.00.2</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	293.65	264.29	01.01.2021 01.10.2021	N C,P
14.12.06.00.1	L	Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für pädiatrische Versicherte, welche ein separates Befeuchtungssystem benötigen.</li> <li>• Einmalige Abgabe pro Person</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	783.00	704.70	01.01.2021 01.10.2021	N C,P
14.12.06.00.2	L	Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für pädiatrische Versicherte, welche ein separates Befeuchtungssystem benötigen.</li> <li>• Max. Mietdauer 6 Monate</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete/ Tag	0.80	0.72	01.01.2021 01.10.2021	N C,P
14.12.99.01.2	L	Befeuchter standard, bei nicht-invasiver Beatmung, Miete  Limitation: Zu Heimventilationsgeräten ohne integrierten Befeuchter	Miete/Tag	0.45	0.43	01.07.2012 01.01.2021 01.10.2021	C P
14.12.99.02.2		Befeuchter spezial, bei Beatmung über ein Tracheostoma, Miete  Zu mechanischen Heimventilationsgeräten.	Miete/Tag	3.60	3.42	01.01.2001 01.10.2021	P

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

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

Limitation:

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.01.01.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	542.00	406.50	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.01.02.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für schwere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	1'108.00	831.00	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.01.03.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz  In speziellen medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, Stuhlinkontinenz mit chronischer Diarrhoe) kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Jahr vergütet werden, sofern eine zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung der Produkte gewährt ist.	Pro Jahr (pro rata)	1'579.00	1'263.20	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2020 01.10.2021	B,C C P

**15.01.04 Aufsaugende Enuresis-Produkte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.01.04.00.1	L	Produkte bei Enuresis nocturna: Bettunterlagen und Windelhöschen	Pro Jahr	105.00	94.50	01.01.2017	N



		Limitation: Bei Kindern nach dem vollendeten 5. Lebensjahr	(pro rata)			01.04.2019 01.10.2021	B,C P
--	--	--	------------	--	--	--------------------------	----------

**15.10 Einmalblasenkatheter**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.10.01.00.1		Einmalblasenkatheter ohne Gleitmittel Zur Verwendung des Katheters wird separat zusätzlich ein in die Harnröhre zu instillierendes steriles Gleitmittel benötigt.	1 Stück	0.95	0.86	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.10.01.01.1		Einmalblasenkatheter mit flexibler Spitze Zur Verwendung des Katheters wird separat zusätzlich ein in die Harnröhre zu instillierendes steriles Gleitmittel benötigt.	1 Stück	2.25	2.03	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021	C P
15.10.02.00.1		Einmalblasenkatheter mit beiliegendem Hilfsmittel (Beschichtung, Gel oder Lösung) zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	3.65	3.29	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.10.02.01.1		Einmalblasenkatheter mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe) mit beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	5.55	5.00	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.10.03.00.1		Einmalblasenkatheter mit integriertem Urinauffangbeutel und beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	7.60	6.84	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.10.05.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) Der Katheter ist ohne Vorbereitungszeit: „Ready to use“: Die Gleitschicht muss nicht aktiviert werden	1 Stück	5.35	4.82	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.10.06.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit integriertem Urinauffangbeutel	1 Stück	7.75	6.98	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.10.07.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe)	1 Stück	5.20	4.68	01.04.2019 01.10.2021	N P

**15.11 Verweilkatheter**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.11.01.00.1	L	Verweilkatheter Latex	1 Stück	2.35	2.12	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.11.03.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel	1 Stück	4.60	4.14	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.11.04.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel für Kinder	1 Stück	3.35	3.02	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.11.10.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon	1 Stück	14.60	12.41	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.11.11.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon für Kinder	1 Stück	15.80	14.22	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.11.15.00.1	L	Verweilkatheter mit Blockerspritze	1 Stück	11.65	10.49	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.11.20.00.1	L	Suprapubischer Katheter	1 Stück	55.70	50.13	01.04.2019 01.10.2021	N P

## 15.13 Katheter-Zubehör

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.13.01.00.1		Katheterverschluss	1 Stück	0.35	0.32	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	N B P
15.13.01.01.1		Katheterventil	1 Stück	27.10	24.39	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.03.00.1		Beinkatheterspiegel	1 Stück	37.40	35.53	01.01.1997 01.04.2019 01.10.2021	N B P
15.13.03.01.1		Lampe zum Katheterspiegel	1 Stück	20.65	19.62	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.03.02.1		Katheterspiegel mit Lampe	1 Stück	107.00	101.65	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.05.00.1		Beinspreizer	1 Stück	294.00	279.30	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.06.00.1	L	Handgriff für Katheter  Limitation: Vergütung nur bei Tetraplegie	1 Stück	95.05	90.30	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.07.00.1		Penisstütze zur Katheterisierung	1 Stück	11.45	10.88	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.08.00.1	L	Minimal-Set zur Vorbereitung der Kathetereintrittsstelle ohne Desinfektionsmittel/ohne Gleitmittel. Beinhaltet mindestens Tupfer, sterile Unterlage  Limitation: Bei steril durchzuführendem Katheterismus (intermittierender Einmalkatheterismus oder Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	2.55	2.17	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.08.01.1	L	Vollständiges Set zur Vorbereitung der Kathetereintrittsstelle. Beinhaltet zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aqua dest./Glycerin-Spritze zum Blocken des Katheters</li> <li>• Gleitmittel</li> </ul> Limitation: Bei steril durchzuführendem Katheterismus (Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	19.30	16.41	01.04.2019 01.10.2021	N P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.13.11.00.1		Blockerspritze (Füllmedium für Ballon des Verweilkatheters)	1 Stück	5.35	4.82	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.13.15.00.1		Steriles, gebrauchsfertiges Spülsystem zur Katheterpflege und intravesikalen Instillation NaCl 0,9%, ≥ 100 ml	1 Stück	6.95	5.91	01.01.2014 01.04.2019 01.10.2021	N B P

**15.14 Urin-Beinbeutel**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.14.03.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.80	1.62	01.01.1999 01.10.2021	P
15.14.04.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	5.90	5.31	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B P
15.14.05.00.1		Urin-Beinbeutel mit Ablauf, steril geschlossenes System mit Tropfkammer	1 Stück	4.80	4.32	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.14.06.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, unsteril	1 Stück	4.20	3.78	01.08.2007 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.14.07.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, steril	1 Stück	5.90	5.31	01.08.2007 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.14.99.01.1		Beinbeutel tasche	1 Stück	11.60	9.86	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
15.14.99.02.1		Haltebänder für Urinbeutel	1 Paar	14.20	12.78	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B P

**15.15 Urin-Bettbeutel**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.15.01.00.1		Urin-Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril	1 Stück	0.95	0.76	01.01.1999 01.10.2021	P
15.15.03.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.70	1.36	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B P
15.15.04.00.1		Urin-Bettbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	3.65	3.29	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B P
15.15.99.01.1		Halterung/Befestigung für Bettbeutel	1 Stück	5.15	4.64	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.16.01.00.1		Urinal-Kondome/Rolltrichter aus Latex, ohne Klebestreifen	1 Stück	1.65	1.49	01.01.1998 01.04.2019 01.10.2021	B P
15.16.02.00.1		Urinal-Kondome/Rolltrichter klebend (auch für Produkte mit beiliegendem Haftstreifen und selbstklebende Produkte)	1 Stück	4.00	3.60	01.01.1998 01.04.2019 01.10.2021	B,C P
15.16.99.01.1		Klebestreifen für Urinalkondome	1 Stück	1.25	1.13	01.01.1998 01.04.2019 01.10.2021	C P
15.16.99.02.1		Doppelseitiges Klebeband für Urinalkondome	1 Stück	2.10	1.89	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.16.99.03.1		Kleber Tube für Urinalkondome, 28 g	1 Stück	7.25	6.53	01.04.2019 01.10.2021	N P

**15.17 Anale Irrigation**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.17.01.00.1		Anale Irrigation: Irrigationssystem inkl. Pumpe und Verbrauchsmaterial	pro Jahr (pro rata)	3'900.00	3'705.00	01.07.2011 01.04.2019 01.10.2021	B,C P

**15.20 Bettnässer-Therapiegeräte**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.20.01.01.2	L	Bettnässer-Therapiegerät/Weckapparat, Miete Zur Behandlung der Enuresis bei Kindern.  Limitation: Nach vollendetem 5. Lebensjahr	Miete/Tag	0.30	0.29	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021	B,C P

**15.30 Pessare**

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

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.30.01.00.1		Scheidenpessar Aus Silikon, Gummi; alle Formen und Grössen	1 Stück	55.95	50.36	01.01.2002 01.04.2019 01.10.2021	B P
15.30.01.01.1		Scheidenpessar Aus Vinyl; alle Formen und Grössen	1 Stück	16.00	14.40	01.04.2019 01.10.2021	N P
15.30.50.00.1		Einweg- und Kurzzeitpessar, inkl. Produkte zur kurzzeitigen (Tage bis wenige Wochen) Wiederverwendung	1 Stück	9.80	8.33	01.01.2002 01.04.2019 01.10.2021	B,C P

**15.40 Analtampons**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
15.40.01.00.1		Analtampon	1 Stück	6.70	6.03	01.04.2019 01.10.2021	N P

**16. KAELTE- und / oder WAERMETHERAPIE-MITTEL****16.01 Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
16.01.01.00.1	L	Wiederverwendbare Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie, Nutzfläche bis 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 2 Stück pro Jahr</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	10.60	9.54	01.01.1997 01.04.2021 01.10.2021	B,C C,P
16.01.02.00.1	L	Wiederverwendbare Kissen/Kompressen zur Kälte-/Wärmetherapie, Nutzfläche über 300 cm <sup>2</sup>  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 2 Stück pro Jahr</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	18.90	17.01	01.01.1997 01.04.2021 01.10.2021	B,C C,P



**17. KOMPRESSIIONSTHERAPIE-MITTEL**

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

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

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

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

Limitation:

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

Für folgende Indikationen:

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

Maximal zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr.

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.02.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung	1 Paar	69.75	62.78	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Limitation: siehe Pos. 17.02.				01.10.2021	P
17.02.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	178.00	160.20	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Paar	99.05	89.15	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.02.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	218.70	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Paar	100.20	90.18	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.02.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	245.00	220.50	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	109.50	98.55	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.02.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	290.00	261.00	01.04.2019 01.10.2021	N P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.02.01.09.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	155.00	147.25	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.10.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	301.00	285.95	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.11.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	43.85	41.66	01.07.2019 01.10.2021	N P
17.02.01.12.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.02	1 Stück	74.25	70.54	01.07.2019 01.10.2021	N P

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

Limitation:

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

Für folgende Indikationen:

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

Maximal zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr.

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.03.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{mmHg}$ ), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	74.90	67.41	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.03.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	182.00	172.90	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.03.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Paar	86.65	77.99	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.03.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	243.00	230.85	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.03.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, Serienfertigung	1 Paar	105.45	94.91	01.01.1996 01.04.2019	N B,C

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Limitation: siehe Pos. 17.03.				01.10.2021	P
17.03.01.06.1	L	Med. Kompressionschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Paar	283.00	268.85	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.03.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Stück	130.00	117.00	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.03.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg) rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03 In Evaluation bis 31.12.2021	1 Stück	292.00	277.40	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.03.01.10.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: siehe Pos. 17.03	1 Stück	80.25	76.24	01.07.2019 01.10.2021	N P

**17.05 Spezielle Kompressionsstrümpfe**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.05.01.00.1	L	Unterschenkel-Kompressionsstrumpf-System für die Behandlung beim Ulcus cruris 1 Set mit 1 Strumpf und 2 Unterstrümpfen  Limitation: 2 Sets pro betroffenes Bein und Jahr. Für folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcus cruris (Stadium C6)</li> </ul>	1 Set	96.60	86.94	01.01.2003 01.04.2019 01.10.2021	B,C P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
		<ul style="list-style-type: none"><li>chronische venöse Insuffizienz, Stadium C5, wenn eine besonders vulnerable Hautsituation es erfordert und medizinische Kompressionsstrümpfe (gemäss Kapitel 17.02 bis 17.03) nicht benutzt werden können</li></ul>					

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

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

Limitation:

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

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

Handschuhe sind von der Vergütung ausgeschlossen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.12.01.00.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Gleithilfen  Limitation: siehe Pos. 17.12.01	1 Stück	39.00		01.04.2019 01.10.2021	N P
17.12.01.01.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Rahmengestelle / Rollmanschetten  Limitation: siehe Pos. 17.12.01 und Vergütung nur sofern der Patient aufgrund einer eingeschränkten Beweglichkeit keine Gleithilfe verwenden kann.	1 Stück	92.10		01.04.2019 01.10.2021	N P

**17.15 Kompressionsbandagen Massanfertigung, flachgestrickt**

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

Limitation:

Bei folgenden Indikationen:

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.15.01.00.1	L	Bein-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P
17.15.02.00.1	L	Hand-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P



17.15.03.00.1	L	Arm-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P
17.15.04.00.1	L	Leib/Rumpf-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P
17.15.05.00.1	L	Kopf-/Hals-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif- in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: siehe Pos. 17.15				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	C C C P

### 17.20 Apparate zur Kompressionstherapie (IPK)

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

#### 17.20.01 Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression

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

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

Limitation:

- Ungenügender Therapieeffekt trotz voll ausgebauter konventioneller Kompressionstherapie
- oder konventionelle Kompressionstherapie nicht möglich (vorhandene Kontraindikationen) und
- vorgesehene Langzeitanwendung (Die Miete zur wiederkehrenden Kurzzeit-Therapie ist nicht leistungspflichtig.) und
- auf der Verordnung sind die vorgesehenen Behandlungsparameter (Kompressionsdrücke, Inflations-/Deflationszeiten) anzugeben und

- für folgende Indikationen:
  - Chronische venöse Insuffizienz Stadien C4 – C6
  - Lymphödem Grad II-III (primäres und sekundäres Lymphödem)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pfleger	Gültig ab	Rev.
17.20.01.00.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 10-12-Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt und sofern im Rahmen eines Therapieversuchs von 2-3 Monaten eine Volumenreduktion von $\geq 100\text{ml}$ (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann. 1 Gerät max. alle 5 Jahre	1 Stück	2'600.00	2'470.00	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.20.01.00.2	L	Apparat (10-12-Kammersystem) zur intermittierenden pneumatischen Kompression (exkl. Manschette), Miete inklusive Reinigung bei Rücknahme Miete nur zur Therapie-Evaluation für einen späteren Geräte-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate  Limitation: siehe Pos.: 17.20.01	Miete/Tag	2.60	2.47	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P
17.20.01.00.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (10-12-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	520.00	468.00	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.20.01.01.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 4-8 Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt und sofern im Rahmen eines Therapieversuchs von 2-3 Monaten eine Volumenreduktion von $\geq 100\text{ml}$ (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder	1 Stück	1'450.00	1'377.50	01.04.2019 01.10.2021	N P

		mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann. 1 Gerät max. alle 5 Jahre					
17.20.01.01.2	L	Apparat (4-8-Kammersystem) zur intermittierenden pneumatischen Kompression (exkl. Manschette), Miete inklusive Reinigung bei Rücknahme Miete nur zur Therapie-Evaluation für einen späteren Geräte-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate  Limitation: siehe Pos.: 17.20.01	Miete/Tag	1.85	1.76	01.04.2019 01.10.2021	N P
17.20.01.01.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (4-8-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	270.00	243.00	01.04.2019 01.10.2021	N P

**17.30 Kompressionsverbände**

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.01.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 6 cm x 5 m	1 Stück	7.25	5.80	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.01.02.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 8 cm x 5 m	1 Stück	9.95	7.46	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.01.03.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 10 cm x 5 m	1 Stück	12.05	9.04	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.01.04.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 12 cm x 5 m	1 Stück	14.00	11.90	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.10.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 8 cm x 7 m	1 Stück	14.70	13.97	01.10.2018 01.10.2021	N P

17.30.01.11.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 10 cm x 7 m	1 Stück	19.05	18.10	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.01.12.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 12 cm x 7 m	1 Stück	20.80	19.76	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.01.13.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 15 cm x 7 m	1 Stück	27.20	25.84	01.10.2018 01.10.2021	N P

**17.30.01c Zinkleimbinden**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.01.20.1		Zinkleimbinden Länge 5m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	13.65	12.29	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021	N B P
17.30.01.21.1		Zinkleimbinden Länge 7m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	18.60	15.81	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021	N B P
17.30.01.22.1		Zinkleimbinden Länge 9m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	24.95	21.21	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021	N B P

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

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

Limitation: Nicht mit Polsterbinde kumulierbar.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.05.01.1		Frotteeschlauch, 4 cm	Pro m	2.75	2.48	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.02.1		Frotteeschlauch, 6 cm	Pro m	6.30	5.67	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.03.1		Frotteeschlauch, 8 cm	Pro m	7.10	6.39	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.04.1		Frotteeschlauch, 10 cm	Pro m	5.05	4.55	01.10.2018 01.10.2021	N P

**17.30.05b Polsterbinde, natur oder synthetisch**

Limitation: Nicht mit Frotteeschlauch kumulierbar

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.05.10.1		Polsterbinde, Breite 5 cm	Pro m	0.45	0.41	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.11.1		Polsterbinde, Breite 7.5 cm	Pro m	0.70	0.63	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.12.1		Polsterbinde, Breite 10 cm	Pro m	1.00	0.85	01.10.2018 01.10.2021	N P
17.30.05.13.1		Polsterbinde, Breite 15 cm	Pro m	1.30	1.17	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
17.30.15.00.1	L	Pelotte Schaumstoff  Limitation: Anwendung nur in Kombination mit einer Kompressionstherapie	1 Stück	4.95	4.46	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

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

**21.01 Atmung und Kreislauf**

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.01.04.00.1	L	Pulsoxymeter, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim Versicherten muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:</li> <li>• Sauerstofftherapie</li> <li>• Invasive oder nicht invasive Ventilation mit einer Husteninsuffizienz (zur frühzeitigen Detektion einer Sekretstase)</li> <li>• Beeinträchtigung der Respiration im Rahmen einer neuromuskulären Erkrankung</li> <li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	50.50	Kategorie A	01.10.2020 01.10.2021	N P
21.01.04.01.1	L	Pulsoxymeter zur ambulanten Überwachung von akuten Covid-19-Patientinnen und -Patienten zuhause, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur für Covid-19-Patientinnen und -Patienten, welche mindestens eines der folgenden Kriterien aufweisen:</li> </ul>	1 Stück	50.50		01.06.2021 01.10.2021	N P



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Schwangerschaft</li> <li>• Bestehende Vorerkrankung, welche einen schweren Verlauf von Covid-19 begünstigen kann (Bluthochdruck; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Diabetes; Chronische Atemwegserkrankungen; Krebs; Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen; Adipositas Grad III (morbid, BMI <math>\geq</math> 40 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Relevante körperliche Beeinträchtigung durch Covid-19, so dass als Alternative nur eine Hospitalisation möglich wäre</li> <li>• Max. 1 Stück pro versicherte Person</li> <li>• Nicht anwendbar mit den Pos. 21.01.04.00.1 und 21.01.04.02.1</li> </ul> <p>In Evaluation bis 30.06.2022</p>					
21.01.04.02.1	L	<p>Ambulante Überwachung von akuten Covid-19-Patientinnen und -Patienten zuhause, bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abgabe eines externen Pulsoxymeters und regelmässige Selbstmessung durch die zu überwachende Person</li> <li>• Echtzeit-Übertragung der Daten an eine Alarmzentrale und Einsicht der Daten durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin</li> <li>• Überwachung der Messwerte durch die Alarmzentrale rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche)</li> <li>• Zusammenarbeit mit einem Pikettarzt oder einer Pikettärztin, der/die rund um die Uhr (24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche) zur Verfügung steht</li> </ul> <p>Die komplette Datenübertragung und -verarbeitung hat innerhalb der Schweiz zu erfolgen. Die überwachten Personen sind transparent über die Datenerhebung aufzuklären. Nach Ende des Monitorings müssen die Daten gelöscht werden; sie dürfen höchstens in anonymisierter Form für statistische Auswertungen verwendet werden.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Dauer der Überwachung erfolgt nach ärztlicher Indikation, jedoch für mindestens 7 Tage, ausser die Patientin / der Patient muss zuvor hospitalisiert werden.</li> <li>• Nur für Covid-19-Patientinnen und -Patienten, welche mindestens eines der folgenden Kriterien aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Schwangerschaft</li> </ul> </li> </ul>	Pauschale	280.00		01.06.2021 01.10.2021	N P

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Vorerkrankung, welche einen schweren Verlauf von Covid-19 begünstigen kann (Bluthochdruck; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Diabetes; Chronische Atemwegserkrankungen; Krebs; Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen; Adipositas Grad III (morbid, BMI <math>\geq</math> 40 kg/m<sup>2</sup>))</li> <li>• Relevante körperliche Beeinträchtigung durch Covid-19, so dass als Alternative nur eine Hospitalisation möglich wäre</li> <li>• Nicht anwendbar mit Pos. 21.01.04.01.1</li> </ul> <p>In Evaluation bis 30.06.2022</p>					
21.01.05.00.1	L	<p>Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter, Kauf</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Epilepsie, Herzfehler)</li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016), Schwerpunkt Neonatologie (Weiterbildungsprogramm vom 5. März 2015, revidiert am 16. Juni 2016) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> </ul>	1 Stück	1'450.00	1'377.50	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021	N C P

21.01.05.00.2	L	<p>Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter, Miete</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Sudden Infant Death Syndrome, Epilepsie, Herzfehler)</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016), Schwerpunkt Neonatologie (Weiterbildungsprogramm vom 5. März 2015, revidiert am 16. Juni 2016) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> </ul>	Miete/Tag	1.45	1.38	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021	N C P
21.01.05.01.1		<p>Verbrauchsmaterial (Sensoren) für Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter</p> <p>Anwendbar mit Pos. 21.01.05.00.1 und 21.01.05.00.2</p>	Pauschale/ Tag	4.40	3.96	01.10.2020 01.10.2021	N P
21.01.06.00.2	L	<p>Atem-, Puls- und EKG-Monitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter und Elektrokardiograph, Miete</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nur bei beatmeten Kindern, Kindern mit Sauerstofftherapie oder Kindern mit einem erhöhten Sterberisiko (z.B. Sudden Infant Death Syndrome, Epilepsie, Herzfehler) bei welchen aufgrund der Diagnose eine EKG-Überwachung unerlässlich ist</li> <li>Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016), Schwerpunkt Neonatologie (Weiterbildungsprogramm vom 5. März 2015, revidiert am 16. Juni 2016) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)</li> </ul>	Miete/Tag	5.80	5.51	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021	N C P
21.01.06.01.1		<p>Verbrauchsmaterial (Elektroden und Sensoren) für Atem-, Puls- und EKG-Monitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter und Elektrokardiograph</p> <p>Anwendbar mit Pos. 21.01.06.00.2</p>	Pauschale / Tag	11.95	10.76	01.10.2020 01.10.2021	N P

21.01.10.00.1	L	Peak-Flow-Meter, Kauf  Limitation: Max. 1 Gerät alle 5 Jahre	1 Stück	38.65	36.72	01.01.1998 01.10.2020 01.10.2021	B,C P
21.01.15.00.1	L	Portables Spirometriegerät (inkl. Mundstück)  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur bei lungentransplantierten Versicherten</li> <li>• Max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	500.00	475.00	01.01.2013 01.10.2020 01.10.2021	C P
21.01.15.01.1	L	Wartung, Kalibrierung, Desinfektion Spirometriegerät  Limitation: Max. 1 mal pro Jahr	pro Jahr	120.00	114.00	01.01.2013 01.10.2020 01.10.2021	C P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.02.01.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und/oder Mess-System  Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	43.00	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021	C P
21.02.03.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und/oder Mess-System mit integrierter Stechhilfe  Limitation: Max. 1 Gerät alle zwei Jahre.	1 Stück	58.25	55.34	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.02.10.00.1	L	Blutzucker-Messgerät / -System mit Sprachausgabe  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für blinde und stark sehbehinderte Diabetiker/innen</li> <li>• Max. 1 Gerät alle zwei Jahre</li> </ul>	1 Stück	107.85	102.46	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.02.11.00.1	L	Gerät zur Kontrolle der oralen Antikoagulation  Limitation: 1 Gerät max. alle fünf Jahre; Bei Patienten mit lebenslanger oraler Antikoagulation bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• künstlichem Herzklappenersatz</li> <li>• künstlichem Blutgefässersatz</li> <li>• rezidivierenden Thrombosen / Embolien</li> <li>• Herzinfarkten oder Bypassoperationen</li> <li>• Vorhofflimmern</li> </ul> Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Die Patienten müssen ein Schulungszertifikat entsprechend den Leitfäden der Stiftung CoagulationCare in der Version 2016 vorweisen.  Die Dokumente sind einsehbar unter: <a href="http://www.bag.admin.ch/ref">www.bag.admin.ch/ref</a>	1 Stück	850.00	807.50	01.01.2018 01.10.2021	C P
21.02.20.00.1		Lanzettenautomat/ Stechgerät Für die Anwendung von Lanzetten zur Blutentnahme für Selbstkontrollen von Blutzucker und/oder oraler Antikoagulation	1 Stück	22.50	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021	C P

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.03.01.01.1	L	<p>Reagenzträger für Blutzuckerbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät Ohne Mengenbeschränkung bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit Diabetes in der Schwangerschaft</p> <p>Limitation: Bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern max. 200 Reagenzträger pro Jahr</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann bei folgenden Indikationen bis maximal die doppelte der genannten Anzahl Reagenzträger pro Jahr vergütet werden (mindestens eine der folgenden Indikationen muss erfüllt sein):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellungsphasen (höhere Anzahl Reagenzträger während 6 Monaten)</li> <li>• HbA1C &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>• HbA1C &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 HbA1C-Bestimmungen nicht verlässlich sind</li> </ul>	1 Stück	0.62	Kategorie A	01.07.2018 01.01.2019 01.04.2021 01.10.2021	B B,C C P
21.03.01.03.1		Reagenzträger für Blutketonbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät	1 Stück	2.80	2.52	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.03.05.00.1		Lanzetten für Stechgeräte Für Einmalgebrauch.	1 Stück	0.12	0.09	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.03.10.10.1		Alkoholtupfer, imprägniert	1 Stück	0.05	0.04	01.03.2018 01.10.2021	B,C P

21.03.20.00.1	L	Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit Limitation: maximal 48 Stück pro Jahr	24 Stück	127.30	114.57	01.03.2018 01.10.2021	B,C C,P
21.03.20.01.1	L	Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit Limitation: maximal 48 Stück pro Jahr	48 Stück	223.35	201.02	01.03.2018 01.10.2021	B,C C,P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.04.05.00.1		Reagenzträger für Urinzuckerbestimmungen	50 Stück	13.15	11.84	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.04.10.00.1		Reagenzträger für kombinierte Bestimmung des Zuckers und der Ketonkörper im Urin	50 Stück	14.85	13.37	01.03.2018 01.10.2021	C P
21.04.20.00.1		Reagenzträger für Albuminbestimmung im Urin	50 Stück	13.90	12.51	01.03.2018 01.10.2021	B,C P

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

Limitation:

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.05.01.00.2	L	Transmitter zu Kontinuierliches Glukosemonitoring System mit Alarmfunktion inkl. zur Funktion des Systems und zum Datenmanagement nötige Software	Pauschale / Tag	2.65	2.52	01.03.2018 01.10.2021	B,C P
21.05.02.00.3	L	Verbrauchsmaterial für kontinuierliches Glukosemonitoring (Glukosesensoren, Setzhilfe)	Pauschale / Tag	11.70	10.53	01.03.2018 01.10.2021	N P
21.05.02.03.3	L	Monitor (Hardware inkl. der zur Funktion des Monitors nötigen Software) zu kontinuierliches Glukosemonitoring System mit Alarmfunktion Diese Position kann nicht vergütet werden für CGM-Systeme ohne Monitor	Pauschale / Tag	1.90	1.81	01.03.2018 01.10.2021	B,C P

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

Limitation:

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

In Evaluation bis 31.12.2021

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
21.06.01.00.1	L	Lesegerät  Limitation: 1 Gerät alle 3 Jahre  Bei Verwendung als Blutzuckermessgerät ist die Verrechnung der Position 21.03.01.01.1 für die Teststreifen statthaft.	1 Stück	65.30	65.30	01.07.2017 01.07.2019 01.10.2021	N V P
21.06.02.00.1	L	Sensoren (Tragedauer 14 Tage ohne Kalibrierung)  Limitation: maximal 27 Sensoren pro Jahr (pro rata)	1 Stück	65.30	65.30	01.07.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.10.2021	N C V P



**23. ORTHESEN**

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

**23.01 Fuss-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.01.01.00.1	L	Orthopädische Schuheinlagen  Limitation: nach Fussoperationen Vergütung siehe Pos. 23				01.01.1999 01.07.2019 01.10.2021	C P
23.01.02.00.1		Orthopädische Massschuhe Vergütung siehe Pos. 23.				01.01.2017 01.07.2019 01.10.2021	C C P
23.01.03.00.1		Orthopädische Spezialschuhe Vergütung siehe Pos. 23.				01.01.2017 01.07.2019 01.10.2021	C C P
23.01.04.00.1		Therapieschuh zur Stabilisation oder Stellungskorrektur Vergütung siehe Pos. 23.				01.01.2017 01.07.2019 01.10.2021	C C P
23.01.10.00.1		Halluxschiene	1 Stück	30.60	27.54	01.01.1999 01.10.2021	P

**23.02 Sprunggelenksorthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.02.01.00.1		Sprunggelenksorthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.03 Unterschenkel-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.03.01.00.1		Unterschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.2000 01.10.2021	P

**23.04 Knie-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.04.01.00.1		Knie-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.05 Oberschenkel-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.05.01.00.1		Oberschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.2000 01.10.2021	P

**23.06 Hüft-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.06.01.00.1		Hüft-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P
23.06.10.00.1		Hüftspreiz-Apparat für Kinder	1 Stück	270.00	243.00	01.01.1999 01.10.2021	P

**23.10 Rumpf-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.10.01.00.1		Rumpf-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.11 Halswirbelsäule-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.11.01.00.1		Halswirbelsäule-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P
23.11.02.00.1		Kunststoffcervikalstützen (Schaumstoffcervikalstützen 'Halskragen' siehe unter Bandagen, Pos. 05.12).	1 Stück	108.00	97.20	01.01.1999 01.10.2021	P

**23.20 Finger-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.20.01.00.1		Finger-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.21 Hand-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.21.01.00.1		Hand-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.22 Unterarm-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.22.01.00.1		Unterarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.23 Ellenbogen-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.23.01.00.1		Ellenbogen-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.24 Oberarm-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.24.01.00.1		Oberarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**23.25 Schulter-Orthesen**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
23.25.01.00.1		Schulter-Orthesen diverse Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P
23.25.02.00.1		Armabduktionskeil Vergütung: siehe Pos. 23.				01.01.1999 01.10.2021	P

**24. PROTHESEN****24.01 Augenprothesen**

Es wird entweder eine Glas- oder eine Kunststoffprothese vergütet.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
24.01.01.00.1	L	<p>Augenprothese aus Glas</p> <p>Der HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Stück pro Jahr</li> <li>• bis zum vollendeten 6. Altersjahr: alle 6 Monate</li> </ul> <p>Ersatz in kürzeren Zeitabständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1 Stück	775.45	775.45	01.01.2018 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	B,C B,C C P
24.01.01.01.1	L	<p>Augenprothese aus Kunststoff</p> <p>Der HVB umfasst die Leistungen für Anpassung, Herstellung, Abgabe und Unterhalt.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 Stück alle 5 Jahre</li> <li>• Kinder bis zum vollendeten 6. Altersjahr: Max. 1 Stück alle 3 Jahre</li> </ul> <p>Ersatz in kürzeren Zeitabständen nur auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</p>	1 Stück	3'615.50	3'615.50	01.01.2018 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	B,C B,C C P

**24.02 Brust- Exoprothesen**

Nach einer Brustentfernung (als Ganzes oder ein Teil davon) gleichen Brust-Exoprothesen sowohl den Niveauunterschied optisch als auch das Gleichgewicht und die Körperbalance aus. Die Brustprothesen aus Silikon werden auf der Haut (bzw. im speziell hergestellten / bearbeiteten Büstenhalter) getragen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
24.02.01.00.1	L	Definitive Brust-Exoprothese, pro Seite  Limitation: Nach Mamma Teil- / Total-Amputation oder Agenesie / Aplasie der Mamma.	pro Jahr	190.00	171.00	01.01.2001 01.07.2019 01.10.2021	C B,C,P
24.02.01.01.1		Brust-Exoprothesen-Büstenhalter (BH mit Tasche) und Zubehör	pro Jahr	100.00	90.00	01.01.2001 01.07.2019 01.10.2021	C B,C,P
24.02.01.02.1	L	Erstberatungspauschale für die definitive Brust-Exoprothese, pro Seite  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Mamma Teil- / Total-Amputation oder Agenesie / Aplasie der Mamma.</li> <li>• Vergütung einmalig pro Seite</li> </ul>	Pauschale	150.00	142.50	01.10.2021	N
24.02.01.03.1	L	Folgeberatungspauschale für die definitive Brust-Exoprothese, pro Seite  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Mamma Teil- / Total-Amputation oder Agenesie / Aplasie der Mamma.</li> <li>• Vergütung bei erneuter Abgabe einer Brust-Exoprothese</li> </ul>	Pauschale	37.50	35.65	01.10.2021	N

**24.03 Prothesen der Extremitäten**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
24.03.01.00.1		Prothesen der Extremitäten, inklusive notwendige Anpassungen und Prothesenzubehör (Prothesenstrümpfe usw.) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. Oktober 2020, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss OSM-Tarif, Generierung vom 2. Februar 2021, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST.				01.01.2017 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021	B C C P

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>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	180.00	01.07.2014 01.10.2021	V P

**25.02 Brillengläser/Kontaktlinsen Spezialfälle**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>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 Augenmuskelstörungen, Amblyopie Medikamenteneinnahme</li> <li>• Status nach Operation, z.B. Katarakt, Glaukom Amotio retinae</li> </ul>	pro Jahr	180.00	180.00	01.01.2000 01.10.2021	P
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	270.00	01.01.1998 01.10.2021	P
25.02.03.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen II  Alle Altersgruppen; ohne zeitliche Limitierung; pro Seite. Inbegriffen: Kontaktlinsen und Anpassung durch Optiker.	pro Seite	630.00	630.00	01.01.1998 01.10.2021	P

		Limitation: Bei irregulärem Astigmatismus, Keratokonus, Hornhauterkrankungen oder -verletzungen, Status nach Hornhaut-Operation, Iris-Defekte.					
--	--	--	--	--	--	--	--



**29. STOMAARTIKEL**

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
29.01.01.00.1		Material für Stoma- und Fistelversorgung pro Stomie:  A) Hauptgruppe: Haftplatten, Basisplatten, Stoma-beutel  B) Bedarfsorientierte Zusatzprodukte: Pasten, Ringe, Platten, Gürtel, Stomakappe (Stoma-Irrigation), Hautschutz und -reinigung: med. atmungsaktive Filme, Lotionen, Hautschutz-Cremes, -Gels, Hautreinigungsmittel und -tücher Hautschutzerweiterungstreifen, Stoma-Vlieskompressen (unsteril), Pflasterentferner, Stoma-Puder, med. Funktionstextilien zur Stabilisierung von Hernien (Bauchdeckenstabilisatoren, Herniengürtel) Gelierende Produkte, Geruchsbinder, Beutelklammern	pro Jahr (pro rata)	5'040.00	4'536.00	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P

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

(Continuous Passive Motion (CPM)-Therapiegeräte)

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
30.01.03.00.2	L	Schulterbewegungsschiene fremdkraftbetrieben  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung nur zur konservativen Therapie der idiopathischen Schultersteife (adhäsive Kapsulitis des Schultergelenks unklarer Ursache)</li> <li>Max. Mietdauer 60 Tage</li> </ul>	Miete/ Tag	3.34	3.17	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021	B,C P
30.01.03.01.2	L	Pauschale für Lieferung (inkl. Abholung), Einstellung und Instruktion zuhause der Schulterbewegungsschiene  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütung nur bei persönlicher Durchführung durch technisches Personal desjenigen Unternehmens, welches die Schiene vermietet.</li> </ul>	Pauschale	280.00	266.00	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021	B,C P

**30.02 Bewegungsgeräte, handkraftbetrieben**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
30.02.01.00.1	L	Kiefermobilisator (Kinder und Erwachsene)  Limitation: 1 Gerät alle 3 Jahre	1 Set	495.40	445.86	01.01.2011 01.04.2020 01.10.2021	B,C P
30.02.01.01.1		Bisspolster	1 Set à 4 Stück	16.50	14.85	01.01.2011 01.04.2020 01.10.2021	C P

**30.03 Bewegungsschienen, aktiv**

(Controlled Active Motion (CAM)-Therapiegeräte)

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
30.03.01.00.2	L	Kniebewegungsschiene, aktiv  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Max. Mietdauer 30 Tage. Verlängerung um bis zu weitere 30 Tage auf eine ärztliche Begründung hin.</li> </ul>	Miete / Tag	2.50	2.38	01.07.2010 01.01.2021 01.10.2021	B,C P
30.03.01.01.1	L	Pauschale für Einstellung und Instruktion der Kniebewegungsschiene aktiv  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütung nur bei persönlicher Durchführung durch technisches Personal desjenigen Unternehmens, welches die Schiene vermietet.</li> </ul>	Pauschale	180.00		01.01.2021 01.10.2021	N P

**31. TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL**

Tracheostoma-Hilfsmittel werden zur Versorgung eines Tracheostomas eingesetzt.

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

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

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

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

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

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

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

### 31.10 Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
31.10.00.01.1		Material zur Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte: Trachealkanülen, Stimmventile Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME), Verschlusskappen Kanülen-Befestigung und Tragezubehör: Trachealkompressen, Kanülentragsbänder Reinigungs- und Pflegematerial für Trachealkanülen: Reinigungsbürsten, Reinigungsmittel, Silbertauchbad Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10) Hautreinigung: Vlieskompressen (nicht kumulierbar mit Pos. 35.01.01), medizinische Wattestäbchen Adapter, Schutztextilien, Duschschutz  In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.	pro Kalender-jahr	7'600.00	6'460.00	01.01.2021 01.10.2021	N P
31.10.01.00.1	L	Cuffdruck-Messgerät / Cuff-Manometer  Limitation: Max. 1 Gerät alle 10 Jahre	1 Stück	270.00	256.50	01.01.2021 01.10.2021	N P

**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 Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
31.20.00.01.1		<p>Material zur Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte:</p> <p>Trachealkanülen (inkl. Tubes und Buttons)</p> <p>Reinigungsbürsten für Trachealkanülen, Borkenpinzette</p> <p>Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME)</p> <p>Basisplatten, Silikonkleber, Kanülentragbänder, Schaumstoffabdeckungen</p> <p>Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10)</p> <p>Zubehör für Stimmprothesen: Verschluss (Plug), Spülpipetten (Flush), Reinigungsbürsten für Stimmprothesen</p> <p>Hautschutz und -reinigung: Reinigungstücher, Vlieskompressen (nicht kumulierbar mit Pos. 35.01.01), Hautschutzfilmtücher/-tupfer, medizinische Wattestäbchen, Pflasterentferner</p> <p>Adapter, Duschschutz, Schutztextilien</p> <p>Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System)</p> <p>In speziellen medizinisch begründeten Fällen kann auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.</p>	pro Kalender-jahr	7'500.00	6'375.00	01.01.2021 01.10.2021	N P
31.20.01.00.1		Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System), Starterset zur Erprobung	1 Set	617.00	524.45	01.01.2021 01.10.2021	N P
31.20.04.00.1		Elektronische Sprechhilfe (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	890.00	845.50	01.01.2021 01.10.2021	N P
31.20.05.00.1		Elektronischer Stimmverstärker (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	529.00	502.55		N

						01.10.2021	P
--	--	--	--	--	--	------------	---

**31.30 Zubehör für die Tracheostomaversorgung**

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
31.30.02.00.1	L	Wassertherapiegerät mit Mundstück  Limitation: Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.	1 Stück	455.00	386.75	01.01.1996 01.01.2021 01.10.2021	B,C P
31.30.02.01.1	L	Schnorchel zu Wassertherapiegerät  Limitation: Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.	1 Stück	60.00	51.00	01.01.1996 01.01.2021 01.10.2021	B,C P
31.30.03.00.1		Maske zur Inhalation über Tracheostoma	1 Stück	33.90	30.51	01.01.2021 01.10.2021	N P
31.30.04.00.1		Gänsegurgel	1 Stück	7.05	5.99	01.01.2021 01.10.2021	N P

**35. VERBANDMATERIAL**

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

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

Zur trockenen Wundbehandlung und/oder als Sekundärauflage

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.01.01.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 5x5 cm	1 Stück	0.17	0.13	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.02.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	0.14	0.11	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.03.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 10x10 cm	1 Stück	0.29	0.22	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.04.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 10x20 cm	1 Stück	0.41	0.31	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.05.1		Falt- und Vlieskompressen, steril 40x40 cm	1 Stück	3.10	2.79	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.01.20.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 5x5cm	1 Stück	0.03	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.21.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 7.5x7.5cm	1 Stück	0.05	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.22.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 10x10cm	1 Stück	0.11	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.01.23.1		Falt- und Vlieskompressen, unsteril 10x20cm	1 Stück	0.15	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

Imprägnierte, netzartige Kompressen aus Baumwoll- oder Kunstfaser. Exsudat kann ungehindert in Sekundärverband abfließen. Beschichtete Kompressen mit Saugkörper. Exsudat wird von Saugkörper aufgenommen.

Imprägnierung und Beschichtung reduzieren ein Verkleben mit der Wundoberfläche.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.02.01.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril 5x5cm	1 Stück	0.53	0.45	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.02.02.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril 5x7.5cm	1 Stück	0.54	0.46	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.02.03.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril 7.5x10cm	1 Stück	0.92	0.78	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.02.04.1		Imprägnierte/beschichtete Wundkomresse, steril 10x20cm	1 Stück	1.57	1.33	01.10.2018 01.10.2021	N P



**35.01.04 Absorptionsverbände**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.04.01.1		Absorptionsverbände, steril 10x10 cm	1 Stück	0.60	0.48	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.01.04.02.1		Absorptionsverbände, steril 10x20 cm	1 Stück	0.85	0.68	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.01.04.03.1		Absorptionsverbände, steril 15x25 cm	1 Stück	1.15	0.92	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.01.04.04.1		Absorptionsverbände, steril 20x20 cm	1 Stück	1.60	1.28	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.01.04.05.1		Absorptionsverbände, steril 20x40 cm	1 Stück	2.95	2.36	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.01.05 Stillkompressen, unsteril**

Stillkompressen zur Behandlung wunder und/oder gereizter Brustwarzen.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.05.01.1		Stillkompressen, unsteril	1 Stück	0.25	0.21	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

Elastische Fixierbinden, glatte oder gekreppte Struktur.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.06.01.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	0.71	0.53	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.02.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 4 cm, Länge 10 m	1 Stück	0.80	0.68	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.03.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	0.95	0.71	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.04.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 6 cm, Länge 10 m	1 Stück	1.35	1.15	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.05.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	1.15	0.86	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.06.1		Gazebinden elastisch, gedehnt Breite 8 cm, Länge 10 m	1 Stück	2.35	2.00	01.10.2018 01.10.2021	N P

**35.01.06b Gazebinden elastisch, kohäsiv**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.06.10.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 1.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.25	2.03	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.11.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.75	2.48	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.12.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.65	2.12	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.13.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 20 m	1 Stück	9.35	8.42	01.10.2018 01.10.2021	N P

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.06.14.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.45	2.76	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.15.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.10	9.99	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.16.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.60	3.06	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.17.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.90	10.71	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.18.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.90	3.51	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.19.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 20 m	1 Stück	13.90	12.51	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.20.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 4 m	1 Stück	4.85	4.37	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.06.21.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 20 m	1 Stück	18.50	16.65	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.07.01.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.95	4.46	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.02.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.35	3.70	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.03.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.70	4.85	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.04.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.85	6.17	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.05.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 12 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.70	6.93	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.06.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.75	6.98	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.07.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 20 cm, Länge 5 m	1 Stück	13.60	12.24	01.10.2018 01.10.2021	N P

**35.01.07b Elastische Binden, kohäsiv**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.07.20.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	3.15	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.21.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.60	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.22.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 5 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.95	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.23.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 7.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.30	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.24.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	8.30	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.07.25.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.35	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

Gestrickte, dehnbare Schlauchverbände zum Einmalgebrauch

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.08.01.1		Schlauchverbände Breite 2 cm, ungedehnt	pro m	0.70	0.63	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.02.1		Schlauchverbände Breite 3 cm, ungedehnt	pro m	0.50	0.45	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.03.1		Schlauchverbände Breite 4.5 cm, ungedehnt	pro m	0.95	0.81	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.04.1		Schlauchverbände Breite 6 cm, ungedehnt	pro m	1.10	0.94	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.05.1		Schlauchverbände	pro m	1.30	1.11	01.10.2018	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Breite 8 cm, ungedehnt				01.10.2021	P
35.01.08.06.1		Schlauchverbände Breite 9.5 cm, ungedehnt	pro m	1.50	1.28	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.07.1		Schlauchverbände Breite 17 cm, ungedehnt	pro m	2.40	2.16	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.08.1		Schlauchverbände Breite 20 cm, ungedehnt	pro m	3.10	2.79	01.10.2018 01.10.2021	N P

**35.01.08c Netzhalteverbände**

Hochelastischer, weitmaschiger Netzverband.

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.08.20.1		Netzhalteverband Einzelne Finger	pro m	0.50	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.21.1		Netzhalteverband Mehrere Finger, dünner Arm, dünnes Bein	pro m	0.90	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.22.1		Netzhalteverband Hand, Fuss, Arm	pro m	1.05	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.23.1		Netzhalteverband Bein, kleiner Kopf	pro m	1.30	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.24.1		Netzhalteverband Kopf, kleiner Rumpf	pro m	2.20	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.25.1		Netzhalteverband Rumpf	pro m	1.70	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.26.1		Netzhalteverband Grosser Rumpf	pro m	3.05	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.27.1		Netzhalteverband Sehr grosser Rumpf	pro m	4.30	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.09.01.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 1.25 cm	pro m	0.55	0.44	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.03.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 2.5 cm	pro m	0.80	0.60	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.04.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies Breite 5 cm	pro m	0.75	0.56	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

Silikon-Narbenpflaster sind hier nicht subsumiert.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.09.10.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 1.25 cm	pro m	0.20	0.18	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.12.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 2.5 cm	pro m	0.45	0.38	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.13.1		Heft-/Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanft haftend Breite 4 cm	pro m	0.80	0.72	01.10.2018 01.10.2021	N P

**35.01.09c Fixationsvlies**

Luftdurchlässige, haftende Fixation von Wundauflagen

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.09.30.1		Fixationsvlies Breite 2.5 cm	pro m	0.40	0.36	01.10.2018	N

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
						01.10.2021	P
35.01.09.31.1		Fixationsvlies Breite 5 cm	pro m	0.75	0.60	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.32.1		Fixationsvlies Breite 10 cm	pro m	1.35	1.08	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.33.1		Fixationsvlies Breite 15 cm	pro m	1.85	1.57	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.34.1		Fixationsvlies Breite 20 cm	pro m	2.40	2.16	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.09.35.1		Fixationsvlies Breite 30 cm	pro m	3.25	2.93	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

Einzeln verpackte, haftende Pflaster mit Wundkissen, steril.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.10.10.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 6 cm, Länge 7 cm	1 Stück	0.60	0.45	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.11.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 6 cm, Länge 10 cm	1 Stück	0.75	0.56	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.12.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 10 cm	1 Stück	1.05	0.84	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.13.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 15 cm	1 Stück	1.20	1.02	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.14.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 20 cm	1 Stück	1.50	1.28	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.15.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 25 cm	1 Stück	1.50	1.28	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.10.16.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 30 cm	1 Stück	1.50	1.35	01.10.2018 01.10.2021	N P



**35.01.12 Augenverbände**

Schutzverbände und Okklusionspflaster in Augenpassform.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.12.01.1		Augenkompressen, steril	1 Stück	0.65	0.55	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.12.03.1		Augenokklusionspflaster	1 Stück	1.20	1.02	01.10.2018 01.10.2021	N P

**35.01.14 Diverses Verbandmaterial**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.01.14.10.1		Fingerlinge Gummi	1 Stück	0.05	0.04	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.14.11.1		Fingerlinge Stoff/Leder	1 Stück	6.90	6.21	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.14.12.1		Fingerlinge Netz (nahtlos gewirkte, dehnbare Schlauchverbände welche nicht zugeschnitten werden müssen. Dies im Vergleich zu den Schlauchverbänden welche als Meterware erhältlich ist.)	1 Stück	0.85	0.72	01.10.2018 01.10.2021	N P

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

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

Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.03.01.01.1	L	Verband mit Aktivkohle 5x5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	4.50	3.83	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021	N V P
35.03.01.02.1	L	Verband mit Aktivkohle 7.5x7.5 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	6.95	5.91	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021	N V P
35.03.01.03.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x10 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	10.40	8.84	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021	N V P
35.03.01.04.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	21.20	18.02	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021	N V P
35.03.01.06.1	L	Verband mit Aktivkohle 15x20 cm  Limitation: Anwendung bei starken Geruchsemissionen	1 Stück	32.25	27.41	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021	N V P

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

Die Produkte dienen zur Durchführung einer physiologischen, feuchten Wundbehandlung.

**35.05.01 Wundkissen zur Nasstherapie**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.01.01.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 4x4 cm, ø 4 cm	1 Stück	5.30	4.77	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.01.02.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 5.5x5.5 cm, ø 5.5 cm	1 Stück	7.30	6.57	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.01.03.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.05	6.35	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.01.04.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 10x10 cm	1 Stück	9.30	8.37	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.02 Hydrokolloide, steril**

(sämtliche Dicken, mit und ohne Haftrand)

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.02.01.1		Hydrokolloide, steril 5x5 cm	1 Stück	4.80	3.84	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.02.1		Hydrokolloide, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	6.60	5.28	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.03.1		Hydrokolloide, steril 10x10 cm	1 Stück	10.55	8.44	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.04.1		Hydrokolloide, steril 15x15 cm	1 Stück	18.95	16.11	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.05.1		Hydrokolloide, steril 15x20 cm	1 Stück	25.45	21.63	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.06.1		Hydrokolloide, steril 20x20 cm	1 Stück	38.65	32.85	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.07.1		Hydrokolloide, steril 20x30 cm	1 Stück	62.05	55.85	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.08.1		Hydrokolloide, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	35.40	31.86	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.02.09.1		Hydrokolloide, steril Sonderformen Ellenbogen/Ferse	1 Stück	24.05	21.65	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.03 Hydropolymere, steril, neutral**

(haftend, nicht-haftend, sanft-haftend)

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.03.01.1		Hydropolymere, steril 5x5 cm	1 Stück	5.70	4.56	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.02.1		Hydropolymere, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.25	5.80	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.03.1		Hydropolymere, steril 10x10 cm	1 Stück	12.05	9.64	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.04.1		Hydropolymere, steril 15x15 cm	1 Stück	21.60	18.36	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.05.1		Hydropolymere, steril 15x20 cm	1 Stück	32.05	27.24	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.06.1		Hydropolymere, steril 20x20 cm	1 Stück	36.95	31.41	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.07.1		Hydropolymere, steril 20x30 cm	1 Stück	45.40	40.86	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.08.1		Hydropolymere, steril 20x60 cm	1 Stück	62.40	56.16	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.10.1		Hydropolymere, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	32.60	29.34	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.03.11.1		Hydropolymere, steril Sonderform Ellenbogen/Ferse	1 Stück	31.70	28.53	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.04 Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril**

(haftend, nicht-haftend, sanft-haftend)

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

- Tenside
- Gelbeschichtung
- Carboxymethylcellulose
- Natrium-Polyacrylat

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.04.01.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 5x5 cm	1 Stück	4.45	3.78	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.02.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.75	6.59	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.03.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 10x10 cm	1 Stück	11.60	9.28	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.04.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x15 cm	1 Stück	20.60	17.51	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.05.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x20 cm	1 Stück	33.30	29.97	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.06.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x20 cm	1 Stück	43.30	38.97	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.07.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x30 cm	1 Stück	68.40	61.56	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.08.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x60 cm	1 Stück	141.00	126.90	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.04.10.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	36.65	32.99	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.05 Superabsorber, steril**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.05.01.1		Superabsorber, steril 5x5 cm	1 Stück	3.45	3.11	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.02.1		Superabsorber, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	4.70	4.23	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.03.1		Superabsorber, steril 10x10 cm	1 Stück	6.70	5.36	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.04.1		Superabsorber, steril 15x15 cm	1 Stück	11.30	9.61	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.05.1		Superabsorber, steril 20x20 cm	1 Stück	20.80	18.72	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.06.1		Superabsorber, steril 20x30 cm	1 Stück	24.35	21.92	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.08.1		Superabsorber, steril 30x40 cm	1 Stück	37.15	33.44	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.05.09.1		Superabsorber, steril 50x80 cm	1 Stück	108.30	97.47	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.06 Alginate, steril**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.06.01.1		Alginate, steril 5x5 cm	1 Stück	3.40	2.72	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.02.1		Alginate, steril 10x10 cm	1 Stück	8.25	6.60	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.03.1		Alginate, steril 10x20 cm	1 Stück	14.15	12.74	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.04.1		Alginate, steril 15x15 cm	1 Stück	17.80	16.02	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.05.1		Alginate, steril 20x20 cm	1 Stück	27.05	24.35	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.07.1		Alginate, steril 30x60 cm	1 Stück	60.70	54.63	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.06.08.1		Alginate, steril Tamponade	1 Stück	17.80	15.13	01.04.2018 01.10.2021	N P



**35.05.07 Gelierende Faserverbände, steril**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.07.01.1		Gelierender Faserverband, steril 5x5 cm	1 Stück	5.50	4.40	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.07.02.1		Gelierender Faserverband, steril 10x10 cm	1 Stück	9.70	7.76	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.07.04.1		Gelierender Faserverband, steril 15x15 cm	1 Stück	28.35	25.52	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.07.05.1		Gelierender Faserverband, steril 20x20 cm	1 Stück	50.75	45.68	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.07.09.1		Gelierender Faserverband Tamponade, steril	1 Stück	26.10	23.49	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.08 Wunddistanzgitter, steril**

(Hilfsmittel: Silikon, Hydrokolloid, Polyethylen)

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.08.01.1		Wunddistanzgitter, steril 5x7.5 cm	1 Stück	5.55	4.72	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.08.02.1		Wunddistanzgitter, steril 7.5x10 cm	1 Stück	7.25	6.53	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.08.03.1		Wunddistanzgitter, steril 10x18 cm	1 Stück	18.70	16.83	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.08.04.1		Wunddistanzgitter, steril 15x25 cm	1 Stück	20.90	18.81	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.08.05.1		Wunddistanzgitter, steril 20x30 cm	1 Stück	48.15	43.34	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.09 Hydrogele ohne wundwirksame Inhaltsstoffe**

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

**35.05.09a Hydrogel, steril**

Hydrogele ohne wundwirksame Inhaltsstoffe, Zusatz von Feuchthaltemitteln möglich.

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pfleger</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.09.01.1		Hydrogel, steril 5 g	1 Stück	7.35	6.25	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.09.02.1		Hydrogel, steril 15 g	1 Stück	9.55	8.12	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.09.03.1		Hydrogel, steril 25 g	1 Stück	14.15	12.74	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.09c Hydrogelverbände ohne wundwirksame Inhaltsstoffe**

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

Die Verbände enthalten keine weiteren wundwirksamen Stoffe.

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pfleger</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.09.15.1		Hydrogelverband, steril 5x7.5 cm	1 Stück	8.30	7.47	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.09.16.1		Hydrogelverband, steril 10x10 cm	1 Stück	11.85	10.67	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.09.17.1		Hydrogelverband, steril 12.5x12.5 cm	1 Stück	13.50	12.15	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.09.18.1		Hydrogelverband, steril 20x20 cm	1 Stück	25.15	22.64	01.04.2018 01.10.2021	N P

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

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.01.1		Folienverbände, steril 6x8 cm	1 Stück	1.30	0.98	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.02.1		Folienverbände, steril 7.5x10 cm	1 Stück	1.85	1.39	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.03.1		Folienverbände, steril 10x12 cm	1 Stück	2.60	1.95	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.04.1		Folienverbände, steril 10x25 cm	1 Stück	3.75	3.19	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.05.1		Folienverbände, steril 15x20 cm	1 Stück	5.20	4.42	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.06.1		Folienverbände, steril 10x35 cm	1 Stück	6.50	5.85	01.04.2018 01.10.2021	N P

**35.05.10b Folienverbände, unsteril**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.10.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 1m	1 Stück	6.00	5.40	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.11.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 2m	1 Stück	10.00	9.00	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.12.1		Folienverbände, unsteril 5 cm x 10m	1 Stück	18.50	16.65	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.13.1		Folienverbände, unsteril 10cm x 10m	1 Stück	35.00	28.00	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.14.1		Folienverbände, unsteril 15cm x 10m	1 Stück	50.00	45.00	01.04.2018 01.10.2021	N P

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

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.20.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 6 x 8 cm	1 Stück	1.90	1.71	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.22.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 10 x 12 cm	1 Stück	2.60	2.34	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.23.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 10 x 25 cm	1 Stück	18.45	16.61	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.24.1		Folienverbände mit/ohne Wundkissen, steril, sanft haftend 15 x 20 cm	1 Stück	19.55	17.60	01.04.2018 01.10.2021	N P

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

Sanft haftende, bakteriendichte, semipermeable Folien.

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.05.10.30.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 1 m	1 Stück	18.00	16.20	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.31.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 2 m	1 Stück	28.50	25.65	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.32.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 10 cm x 10 m	1 Stück	36.00	32.40	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.05.10.33.1		Folienverbände, unsteril, sanft haftend 15 cm x 10 m	1 Stück	48.00	43.20	01.04.2018 01.10.2021	N P

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

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

**35.10.06 Wundspray**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.10.06.01.1		Wundspray auf öliger Basis, 10 ml	1 Stück	25.00	22.50	01.04.2018 01.10.2021	N P

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

Limitation: Kinder 0-12 Jahre

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

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

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

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
35.25.01.00.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion 1 Set bestehend aus 1 Body (oder Oberteil) und 1 Strumpfhose  Limitation: siehe 35.25.01	1 Set	164.20	155.99	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021	N C P
35.25.01.01.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion Body/Oberteil  Limitation: siehe 35.25.01	1 Stück	98.50	93.58	01.04.2019 01.10.2021	N P
35.25.01.02.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion Strumpfhose/Leggings  Limitation: siehe 35.25.01	1 Stück	67.50	64.13	01.04.2019 01.10.2021	N P



**99. VERSCHIEDENES**

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

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

**99.01 Lagerungshilfen für Extremitäten**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.01.01.01.1	L	Arm-Lagerungsschienen, komplett  Limitation: Schlaffe und/oder spastische Hemiplegie der oberen Extremität		377.00	358.15	01.07.2011 01.10.2021	P
99.01.01.02.1		Überzug zu Arm-Lagerungsschiene		70.00	66.50	01.07.2011 01.10.2021	P
99.01.01.03.1		Knauf zu Arm-Lagerungsschiene		20.00	19.00	01.07.2011 01.10.2021	P

**99.10 Gleitmittel**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.10.01.02.1		Gleitmittel unsteril ohne Anästhetikum, Tube ≥ 80g	1 Stück	6.90	6.21	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B,C  P
99.10.02.00.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	1.70	1.53	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021	B,C  P
99.10.02.01.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.55	2.30	01.04.2019 01.10.2021	N P
99.10.02.02.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 20g (oder ml)	1 Stück	3.60	3.24	01.04.2019 01.10.2021	N P
99.10.02.03.1		Gleitmittel steril, mit Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.65	2.39	01.04.2019 01.10.2021	N P
99.10.02.04.1		Gleitmittel steril mit Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	2.30	2.07	01.04.2019 01.10.2021	N P

**99.11 Spüllösungen**

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

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.11.01.00.1		Spüllösung, steril 1'000 ml	1 Stück	6.90	6.21	01.10.2018 01.10.2021	B,C P
99.11.01.01.1		Spüllösung, steril 250 ml	1 Stück	3.20	2.88	01.10.2018 01.10.2021	B,C P
99.11.01.02.1		Spüllösung, steril 100 ml	1 Stück	2.85	2.42	01.10.2018 01.10.2021	B,C P
99.11.01.03.1		Spüllösung, steril 500 ml	1 Stück	4.10	3.69	01.10.2018 01.10.2021	N P
99.11.01.04.1		Spüllösung, steril 40 ml	1 Stück	1.45	1.23	01.10.2018 01.10.2021	N P

**99.50 Hilfsmittel für die Medikamenteneinnahme**

<i>Positions-Nr.</i>	<i>L</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Menge / Einheit</i>	<i>HVB Selbstanwendung</i>	<i>HVB Pflege</i>	<i>Gültig ab</i>	<i>Rev.</i>
99.50.01.00.1	L	Medikamenten-Dosierbox  Limitation <ul style="list-style-type: none"> <li>HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	18.00	13.50	01.01.1996 01.10.2021	C,P