

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

Kommentierte

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

vom 1. Juli 2024

berücksichtigt die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beschlossenen  
Änderungen vom 17. Juni 2024<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> NR AS folgt

**Inhaltsübersicht**

1	Allgemeine Vorbemerkungen.....	3
1.1	Rechtsgrundlagen.....	3
2	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV.....	3
2.1	Geltungsbereich der MiGeL (Pflichtleistungen).....	3
2.2	Vergütungsregelung MiGeL (Art. 20 ff. KLV) .....	4
2.3	Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen .....	5
3	Aufnahmeverfahren MiGeL.....	5
4	Struktur der MiGeL .....	6
4.1	Produktgruppen .....	6
4.2	Positionsnummern .....	6
4.3	Zuordnung Miete / Kauf, Kumulation von Positionen .....	6
4.4	Limitationen .....	7
4.5	Reparaturen.....	7
4.6	«pro Jahr», «pro Rata» und «pro Kalenderjahr».....	7
4.7	Beschreibungen in der Spalte HVB Pflege .....	7
4.8	Abweichende Formate / Volumina / Gewichtsangaben.....	8
5	Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL) .....	8
6	Abkürzungen .....	16
7	Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL).....	18
7.1	Produktgruppen-Übersicht .....	18

## 1 Allgemeine Vorbemerkungen

### 1.1 Rechtsgrundlagen

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

Die nachfolgenden Vorbemerkungen und Erläuterungen (Ziffern 2 – 5) konkretisieren als vollzugslenkende Verwaltungsverordnung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die massgebenden bundesrechtlichen Vorgaben von KVG, KVV und KLV gegenüber den KrankenversichererInnen, die die soziale Krankenversicherung nach KVG durchführen (Art. 2 Abs. 1 Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [KVAG; SR 832.12]) und damit Bundesverwaltungsaufgaben im Bereich des Vollzugs des KVG erfüllen (Art. 178 Abs. 3 Bundesverfassung [BV; SR 101], Art. 2 Abs. 4 Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz [RVOG; SR 172.010]).

Die Vorbemerkungen und Erläuterungen haben zum Ziel, die Umsetzung der massgebenden Bestimmungen aus KVG, KVV und KLV in der Praxis zu generalisieren, eine einheitliche und rechtsgleiche Anwendung der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zu gewährleisten und zu einer dem Einzelfall angepassten und gerecht werdenden Auslegung der anwendbaren bundesrechtlichen Bestimmungen beizutragen. Die Vorbemerkungen und Erläuterungen sind für die Krankenversicherer verbindlich und im Anwendungsfall bei der Gewährung von Leistungen der MiGeL einzuhalten.

## 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 Bezug 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 Bezug von nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Personen oder bei Anwendung im Rahmen der Erbringung der Pflegeleistungen durch selbstständige Pflegefachpersonen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, werden von der OKP die in der MiGeL aufgeführten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbetrag Selbstanwendung (HVB Selbstanwendung; Art. 24 Abs. 1 KLV) vergütet, sofern diese:

- a. der Produktbeschreibung einer MiGeL-Position entsprechen
- b. nach der Gesetzgebung des Bundes oder der Kantone in Verkehr gebracht wurden
- 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 verordnet sind
- e. von einer nach Artikel 55 KVV zugelassenen Abgabestelle abgegeben werden.

Die Mittel und Gegenstände, die durch die Versicherten direkt oder allenfalls unter Bezug von nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Personen verwendet werden, können auch im Rahmen von Artikel 4 Buchstabe c KLV durch einen Chiropraktor oder eine Chiropraktorin verordnet 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 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 d 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.

Wenn es sich bei den Mitteln und Gegenständen um Produkte im Geltungsbereich der Medizinprodukteverordnung (MepV; SR 812.213) handelt, haben sie bezüglich Inverkehrbringung auf dem Schweizer Markt die Anforderungen der MepV zu erfüllen (Art. 23 KLV). Die Aufsicht und der Vollzug der MepV liegen bei Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstiut, Abteilung Medizinprodukte, Hallerstrasse 7, Postfach, CH-3012 Bern.

Wenn es sich bei den Mitteln und Gegenständen um Lebensmittel nach Artikel 2 Buchstabe d der Verordnung des EDI über Lebensmittel für Personen mit besonderem Ernährungsbedarf (VLBE; SR 817.022.104) handelt (Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, siehe auch Kapitel 3 VLBE), haben sie bezüglich Inverkehrbringung auf dem Schweizer Markt die Anforderungen der VLBE zu erfüllen (Art. 23 KLV). Die Aufsicht und der Vollzug der VLBE liegt bei den Kantonen.

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 angewendet oder durch Pflegefachpersonen oder durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in Rechnung gestellt 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 der 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 8.1 % für Produkte im Geltungsbereich der Medizinprodukteverordnung und 2.6 % für Produkte im Geltungsbereich der Verordnung des EDI über Lebensmittel für Personen mit besonderem Ernährungsbedarf).

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, orthopädisches Schuhwerk, 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 [eamqk-migel-sekretariat@bag.admin.ch](mailto:eamqk-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 in der MiGeL in der Kategorie C eingeteilt. Da diese Produkte nur von Pflegefachpersonen angewendet oder appliziert werden können, gibt es nur einen HVB Pflege.

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

Gerätereparaturen sind in der Miete inbegriffen. Gerätereparaturen 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. Findet bereits im Oktober ein Materialbezug in der Höhe von CHF 100.- statt, liegt dieser innerhalb des HVB «pro Jahr (pro rata)», selbst wenn auf den Monat gerechnet CHF 33.33 fallen. Der HVB pro Jahr (pro rata) erlaubt es während der Therapie Schwankungen beim Bedarf zu ermöglichen. 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**

Medizinische Bandagen sind orthopädische Hilfsmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Muskel- und Bandapparates. Sie dienen überwiegend der Behandlung von akuten Schädigungen an den Extremitäten und am Rumpf, werden aber auch bei der Behandlung chronischer Schädigungen eingesetzt. Bei chronischen, therapeutisch ansonsten nicht mehr angehbaren Schädigungen, die zu dauerhaften Beeinträchtigungen von Aktivitäten führen, werden sie auch zum Ausgleich von Behinderungen eingesetzt.

Medizinische Bandagen können flach- oder rundgestrickt sein, sind körperteilumschliessende oder körperteilanliegende, Hilfsmittel. Ihre Funktion ist es, komprimierend und / oder funktionssichernd zu wirken. Die Grundelemente bestehen aus flexiblen Materialien und können mit festen textilen Bestandteilen, mit Pelotten, Verstärkungs- sowie Funktionselementen ausgestattet sein.

Kompressionstherapie-Mittel, welche zur Versorgung einer Venen- oder Lymphabflusstörung sowie Verbrennungsnarben dienen, werden gemäss Kapitel 17 Kompressionstherapie-Mittel vergütet.

Der Einsatz von Bandagen ausschliesslich aus prophylaktischen Gründen, ohne zugrundeliegender Pathologie, beispielsweise zum Schutz vor Verletzungen bei sportlicher oder beruflicher Tätigkeit, fällt in den eigenverantwortlichen Bereich der Versicherten und ist keine Pflichtleistung der OKP.

#### **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.

## **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, Wert des Hörverlustes) 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, Wert des Hörverlustes) 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 bronchodilatorisch wirksame Medikamente). Tröpfchengrösse 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.

Gerätereparaturen 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), als längerfristige Anfallsbehandlung (bei Cluster-Kopfschmerz) oder als Sauerstoff-Langzeittherapie (bei chronischen Lungen-, bzw. Atemwegserkrankungen) eingesetzt.

### **Sauerstoff-Langzeittherapie (auch long-term oxygen therapy LTOT):**

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonalarteriellen Hypertonie, verbesserte Lebenserwartung) ist eine Sauerstoffverabreichung, meist in kleiner Dosierung von mindestens 16 Stunden täglich notwendig.

### **Indikationsstellung**

Die Sauerstoff-Therapie erfolgt gemäss aktuellen evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien, auch ohne dass in der MiGeL statisch auf diese verwiesen wird. Grundvoraussetzung für die Kostenübernahme ist die Diagnose eines Cluster headache oder ein mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (altersadaptierte Werte). So sollen auch palliative Patienten mit Dyspnoe bei fehlender Hypoxämie nicht primär mit Sauerstoff behandelt werden. Opioide sind für die Linderung der Dyspnoe effektiver.

Mit zunehmender Komplexität der Behandlung resp. des Systems und bei über 3 Monate hinausgehenden Therapien wird eine angemessene fachärztliche resp. spezialfachärztliche Indikationsstellung (ausnahmsweise in Form einer Fallbeurteilung auf Aktenbasis) erwartet. Die weiteren Anordnungen für die längerfristige unveränderte Therapie mit einfachen Systemen können im individuellen Fall durch die Fachärztinnen und Fachärzte der Grundversorgung erfolgen. Gewisse Systeme erfordern die regelmässige spezialisierte Indikationsstellung.

### **Auswahl des Systems**

Verschiedene Systeme oder Kombinationen können je nach individueller Situation (Indikation zur Sauerstofftherapie, tägliche Therapiedauer, Höhe des zusätzlichen Sauerstoffbedarfs unter Belastung, Wohnsituation, sich ändernde Mobilität ausserhalb der Wohnung) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

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

Für die Kurzzeittherapie, zur längerfristigen Anfallsbehandlung bei Cluster-Kopfschmerz und für die mobile Versorgung von pädiatrischen Patientinnen und Patienten mit sehr kleinem Sauerstoffbedarf bei der Sauerstoff-Langzeittherapie können weiterhin auch Sauerstoff-Druckgasflaschen verwendet werden.

### **Kostengutsprache**

Zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Therapie ist in gewissen Situationen (z.B. vor Kauf teurer Systeme, vor Beginn einer Therapie mit Flüssigsauerstoff oder bei Kombinationen gewisser Systeme) eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

Bei Flüssigsauerstoff muss für die vor Therapiebeginn notwendige Kostengutsprache bereits ein Voranschlag für die geplante Versorgung (Sauerstoffbedarf, Anzahl und Grösse der Tanks, Lieferfrequenz) vorliegen, um die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Versorgung gegenüber anderen Systemen vergleichen zu können.

Analog muss ein solcher Voranschlag für den Kauf von Sauerstoff-Konzentratoren vorliegen, welcher das für das gewählte Gerätemodell spezifische und erwartete Wechselintervall von Molekularsieb und allenfalls Akkus inklusive deren Preise darlegt.

### **Portable Systeme**

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie mittels portalem System setzt eine vorgängige korrekte Abklärung und regelmässig erneuerte Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf besonderer Instruktion durch spezialisiertes Hilfspersonal.

Mobilität unterwegs und ausserhalb der Wohnung betrifft dabei regelmässige Situationen gemäss der üblichen Lebensführung der Versicherten, welche sich ausserhalb der Reichweite einer stationären Sauerstoffquelle befinden und somit netzunabhängige Systeme bedingen. So ist die Nutzung eines Sauerstoff-Konzentrators an Zweitwohnsitzen mit vorhandenem Stromnetz keine portable Nutzung, da stationäre Sauerstoff-Konzentratoren für die Mitführung im PKW geeignet sind. Die Indikationsstellung für portable Systeme erfolgt gemäss gültigen Behandlungsrichtlinien.

Bei der Vergütung von portablen Systemen zur Nutzung unterwegs und ausserhalb der Wohnung (portable Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff) ist teils eine jährliche besondere Gutsprache des Versicherers notwendig, um einer sich allenfalls ändernden Mobilität der Versicherten ausserhalb der Wohnung gerecht zu werden. Für Personen, welche die Wohnung nicht mehr verlassen, sind allenfalls zweckmässigere und wirtschaftlichere Systeme erhältlich. Auch ohne Erfordernis der besonderen Gutsprache kann sich der Versicherer aufzeigen lassen, dass im Einzelfall kein anderes System sinnvoll und die vergleichende Wirtschaftlichkeit weiterhin gegeben ist.

Bei der Miete des portablen Sauerstoff-Konzentrators ist vor Therapiefortsetzung nach 3 Monaten eine Kostengutsprache des Versicherers einzuholen. In dieser Zeit konnte die Therapie inklusive der allfälligen Triggerfunktion genügend erprobt werden und der erzielte und erwartete therapeutische Nutzen sind darzulegen. Betreffend Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung gilt es nun gegenüber dem Gerätekauf abzuwägen.

### **Ersatzteile von Sauerstoff-Konzentratoren nach dem Kauf**

Die Lebensdauer von Molekularsieben variiert je nach Gerätemodell. Akkus von portablen Sauerstoff-Konzentratoren sind je nach Beanspruchung und je nach Gerätemodell nach verschiedenen Intervallen auszutauschen. Die Marktpreise beider Ersatzteile variieren stark und beeinflussen bei einer mehrjährigen Nutzung die Wirtschaftlichkeit der gewählten Versorgung. Aus diesem Grund sind dem Gesuch um Kostengutsprache vor Gerätekauf bereits entsprechende gerätespezifische Angaben für die vorgesehene Versorgung beizulegen. Die effektive Vergütung wird sich an diesem Voranschlag orientieren, beträgt aber maximal den Höchstvergütungsbetrag.

### **Verbrauchsmaterial**

Pro versicherter Person wird nur eine der Positionen Verbrauchsmaterial pro Jahr vergütet, unabhängig von der Anzahl verwendeter Sauerstoff-Systeme. Ein Wechsel der Pauschale im Jahresverlauf ist möglich z.B. bei entsprechender Therapieanpassung. Personen, welche die Position für Verbrauchsmaterial bei Sauerstoffbedarf unter Belastung ab 6l/min und höher nutzen, verwenden auch eine entsprechend leistungsfähige Sauerstoff-Quelle oder -System (Flüssiggas, Stationärer Konzentrator mit hohem Sauerstoff-Fluss oder Druckgas bei Cluster-Kopfschmerz).

### **Technische Hinweise**

Medizinischer Sauerstoff ist ein Arzneimittel, dessen Vergütung ausnahmsweise noch vorübergehend in der MiGeL reguliert wird, bis die Listung in der Spezialitätenliste erfolgt.

**Druckgasflaschen:**

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

**Flüssigsauerstoff:**

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

### **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 (Geräte zur Atemunterstützung) oder ersetzen (Geräte für dauernd vom Gerät abhängige Personen).

### **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 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: Ungewollter Urinabgang (Teile des Blaseninhalts) in unregelmässigen Abständen bis mehrmals täglich.

**Schwere** Inkontinenz: Ungewollte, plötzliche und vollständige Blasenentleerung, bis mehrmals täglich

**Totale** Inkontinenz: Häufiger und ständiger ungewollter Urinabgang und/oder ungewollter 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 Lymphabflusstörungen 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 Reisethrombose 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.

### **22. Fertigorthesen und 23. Massorthesen**

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.

Orthesen sind körperteilumschliessende oder körperteilanliegende Hilfsmittel. Sie haben eine fixierende, stützende, führende, entlastende, immobilisierende, mobilisierende oder korrigierende Funktion, sind funktionssichernd und können ausgefallene Körperfunktionen ersetzen. Im Gegensatz zu Bandagen bestehen Orthesen mehrheitlich aus unelastischen Materialien und haben zusätzlich stabilisierende Stützelemente aus anformbaren Hartmaterialien, welche die Gelenksbeweglichkeit mechanisch limitieren. Mischprodukte aus elastischen und / oder komprimierenden Komponenten mit festen Stabilisierungselementen und abrüstbare Hilfsmittel werden den Orthesen zugeordnet.

Orthesen sind von der Fertigung her in unterschiedliche Arten zu unterteilen:

- Industriell hergestellte, konfektionierte Fertigorthesen (Handelsware) bedürfen keiner / minimaler Anpassung (vorgegebene Gelenkanschläge einstellen / auswechseln, Klettverschlüsse kürzen). Dazu gehören auch Produkte, welche die Materialeigenschaften von Bandagen und Orthesen kombinieren.
- Industriell hergestellte, teilkonfektionierte Orthesen (Halbfabrikate, Baukastensystem) werden durch entsprechendes Fachpersonal (z.B. OrthopädistInn höhere Fachprüfung (HFP) oder Orthopädie-SchuhmachermeisterInn HFP) mit speziellem Werkzeug an die individuellen Patientenmasse angepasst (Anpassungen, welche über die in der Produktdokumentation aufgeführten Änderungen, welche durch ungeschultes Personal vorgenommen werden können, hinausgehen und daher die Herstellergarantie gemäss Medizinprodukteverordnung [MePV] nicht mehr gewährt wird).
- Massorthesen werden auf die individuellen Patientenmasse mittels Modelle der betroffenen Körperteile (Gipsmodelle, spezifische Masse, 3-D Modelle) durch entsprechendes Fachpersonal (z.B. OrthopädistInn HFP oder Orthopädie-SchuhmachermeisterInn HFP) produziert.

Prinzipiell erfolgt die Versorgung mit einer Fertigorthese (MiGeL-Kapitel 22). Falls die individuellen anatomischen Gegebenheiten und / oder funktionellen Erfordernisse der versicherten Person eine Versorgung mit Fertigorthesen nicht zulassen, so ist ein individuell hergestelltes Produkt erforderlich (MiGeL-Kapitel 23).

## **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.

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

## **26. Orthopädische Schuhe**

Orthopädische Schuhe werden grundsätzlich gemäss Bestimmungen der AHV, IV oder UV übernommen. In den Fällen, wo die Person die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der entsprechenden Sozialversicherung nicht erfüllt, übernimmt die OKP diese Leistungen. Abgrenzung zu Leistungen anderer Sozialversicherungen: siehe Erläuterungen unter Vorbemerkungen Kapitel 2.3

Ein orthopädischer Schuh wirkt stützend, führend, korrigierend und druckentlastend und wird bei einem medizinischen Problem eingesetzt. Der Begriff «orthopädisch» bedeutet, dass das Produkt individuell, korrigierend auf Mass hergestellt ist.

## **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 gefenstert 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 Wundspülösung 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 (SR 812.213)
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MV	Militär-Versicherung
MWST	Mehrwertsteuer
OSM-Tarif	Tarif orthopädie-schuhtechnische Arbeiten des Schweizerischen Schuhmacher und Orthopädischschuhmachermeister-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
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
Ziff.	Ziffer



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

Fassung vom 1.7.2024

**7.1 Produktgruppen-Übersicht**

01.	ABSAUGGERAETE .....	20
03.	APPLIKATIONSHILFEN .....	23
05.	BANDAGEN .....	31
06.	BESTRAHLUNGSGERAETE .....	41
09.	ELEKTROSTIMULATIONSGERAETE .....	42
10.	GEHHILFEN .....	50
13.	HOERHILFEN .....	52
14.	INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERÄTE .....	53
15.	INKONTINENZHILFEN .....	80
16.	KÄLTE- und / oder WAERMETHERAPIE-MITTEL .....	90
17.	KOMPRESSIONSTHERAPIE-MITTEL .....	91
21.	MESS-SYSTEME FÜR KÖRPERZUSTÄNDE / -FUNKTIONEN .....	108
22.	FERTIGORTHESEN .....	116
23.	MASSORTHESEN .....	123
24.	PROTHESEN .....	127
25.	SEHHILFEN .....	130
26.	ORTHOPÄDISCHE SCHUHE .....	133
29.	STOMAARTIKEL .....	136
30.	THERAPEUTISCHE BEWEGUNGSGERAETE .....	137
31.	TRACHEOSTOMA-HILFSMITTEL .....	138
35.	VERBANDMATERIAL .....	143
99.	VERSCHIEDENES .....	188



## 01. ABSAUGGERÄTE

Gerätereparaturen 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
01.01.01.00.1	L	Milchpumpe, handbetrieben, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 01.01</li></ul>	1 Stück	47.17	44.82	01.01.1996 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B, P
01.01.02.00.1	L	Einzelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 01.01</li></ul>	1 Stück	175.65	166.87	01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
01.01.03.00.1	L	Doppelmilchpumpe, elektrisch, inkl. Zubehörset, Kauf	1 Stück	341.26	324.20	01.04.2020 01.10.2021	N P

		Limitation: • Ausschliesslich bei Frühgeborenen				01.01.2024	B,P
01.01.03.00.2	L	Milchpumpe (Einzel- oder Doppelmilchpumpe), elektrisch, Miete  Limitation: • siehe Pos. 01.01 • max. Mietdauer: 8 Wochen • In medizinisch begründeten Fällen kann die Mietdauer maximal um weitere 8 Wochen verlängert werden.	Miete / Tag	2.31	2.20	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C C P 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: • siehe Pos. 01.01 • Bei Frühgeborenen kann bis maximal das Doppelte des genannten Höchstvergütungsbetrages vergütet werden	1 Set	27.85	23.68	01.01.1996 01.04.2020 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,C P B,P

## 01.02 Absauggeräte für Atemwege

Für voraussichtlich kurzdauernde Therapien bei progradienten 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
01.02.02.00.1	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10\text{l}/\text{Min.}$ , Kauf  Limitation: • max. 1 Gerät alle 5 Jahre • HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben	1 Stück	1'053.90	1'001.20	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N C,P B,P
01.02.02.00.2	L	Absauggerät für Atemwege, Saugleistung $\geq 10\text{l} / \text{Min.}$ , Miete	Miete / Tag	0.92	0.87	01.01.2021 01.10.2021	N C,P

		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><li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig 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)	106.39	101.07	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
01.02.06.00.1	L	Deckel und Behälter für Absauggeräte für die Atemwege  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Sets pro Jahr</li></ul>	1 Set	72.29	65.06	01.07.2024	N
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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
01.03.01.01.1		Set für Ascites oder Pleura-Drainage (inkl. Verbindungsschlauch)	1 Set	85.52	76.96	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,P B,P
01.03.02.01.1		Verbindungsschlauch zur Spülung des Katheters, steril	1 Stück	27.15	25.80	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,P B,P
01.03.02.02.1		Sicherheitsklemme, unsteril	1 Stück	12.25	11.63	01.01.2012 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,P B,P

### 03. APPLIKATIONSHILFEN

Gerätereparaturen 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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.01.01.00.1		Transnasale Sonde	1 Stück	17.64	15.88	01.01.1996 01.10.2021 01.01.2024	P B,P
03.01.02.00.1		Überleitungsgerät zur Schwerkraftapplikation	1 Stück	8.63	8.20	01.01.1996 01.10.2021 01.01.2024	P B,P

#### 03.02 Insulinpumpen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.02.01.00.2	L	<p>Insulinpumpen-System, Miete 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> </ul> <p>Indikationen des Pumpeneinsatzes und Betreuung des Patienten / der Patientin durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie /</p>	Pauschale / Tag	10.11	9.61	01.07.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P

		Diabetologie oder durch ein qualifiziertes Zentrum mit mindestens einem Facharzt / einer Fachärztin für Endokrinologie / Diabetologie.					
--	--	--	--	--	--	--	--

### 03.05 Pens für Medikamente

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.05.03.00.1	L	Pen zur Injektion von Insulin, ohne Kanüle  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pen pro Insulinpräparat, alle 2 Jahre</li></ul>	1 Stück	71.67	60.92	01.03.2018 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	B P C B,P
03.05.20.00.1	L	Pen für verschiedene Medikamente verwendbares Injektionshilfegerät  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pen pro zu injizierendes Präparat, alle 2 Jahre</li></ul>	1 Stück	95.10	85.60	01.03.2018 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	B P C B,P

### 03.06 Infusionspumpen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.06.01.00.1	L	Infusionspumpe, tragbar, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre pro Therapie</li></ul>	1 Stück	4'968.38	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.06.01.00.2		Infusionspumpe, tragbar, Miete Inkl. Wartung, exkl. Verbrauchsmaterial	Miete / Tag	4.18	3.96	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.01.01.1		Wartung Infusionspumpe, tragbar Anwendbar mit Pos. 03.06.01.00.1	Pauschale / Jahr	266.79	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.06.01.02.1	L	Infusionspumpe, nicht tragbar, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre pro Therapie</li></ul>	1 Stück	2'649.81	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.06.01.02.2		Infusionspumpe, nicht tragbar, Miete Inkl. Wartung, exkl. Verbrauchsmaterial	Miete / Tag	2.80	2.66	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

03.06.01.03.1		Wartung Infusionspumpe, nicht tragbar Anwendbar mit Pos. 03.06.01.02.1	Pauschale / Jahr	324.60	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.06.01.06.1	L	Pauschale für die technische Erstinstruktion und initiale Einstellung der Infusionspumpen, (pro Gerätetyp) durch Techniker des Herstellers oder Anbieters, bei Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauschale für den 1. Monat der Therapie</li><li>• Anwendbar mit Pos. 03.06.01.00.1, 03.06.01.02.1</li></ul>	Pauschale / 1 Monat	303.57	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.06.01.07.1	L	Pauschale für die technische Erstinstruktion und initiale Einstellung der Infusionspumpen, inkl. Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung, (pro Gerätetyp) durch Techniker des Herstellers oder Anbieters, bei Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauschale für den 1. Monat der Therapie</li><li>• Anwendbar mit Pos. 03.06.01.00.2, 03.06.01.02.2</li></ul>	Pauschale / 1 Monat	534.48	507.76	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.02.01.1		Infusionspumpe, einweg $\leq$ 100 ml	1 Stück	78.49	74.58	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.02.02.1		Infusionspumpe, einweg $>$ 100 ml	1 Stück	110.91	105.37	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.02.04.1		Infusionspumpe, einweg mit variabler Flussrate und / oder Bolusfunktion	1 Stück	162.41	154.29	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.10.03.1		Medikamentenreservoir $\leq$ 50 ml, nicht wiederverwendbar	1 Stück	37.94	34.15	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.10.04.1		Medikamentenreservoir 51 – 100 ml, nicht wiederverwendbar	1 Stück	49.68	44.72	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.06.10.05.1		Medikamentenreservoir $\geq$ 101 ml, nicht wiederverwendbar	1 Stück	69.74	62.76	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### 03.07 Material für Infusionstherapie

#### 03.07.01 Infusionsleitung / Infusionssystem

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

03.07.01.00.1		Infusionsschlauch mit und ohne mechanischen Tropfenregler	1 Stück	3.97	3.57	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.01.1		Infusionsschlauch mit Partikel- und / oder UV-Filter	1 Stück	4.27	4.06	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.02.1		Infusionsschlauch zu Infusionspumpe	1 Stück	4.93	4.44	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.03.1		Infusionsschlauch zu Infusionspumpe mit Partikel- und / oder UV-Filter	1 Stück	24.75	23.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.05.1		Verlängerung zu Infusionsschlauch ≤ 100 cm	1 Stück	1.44	1.29	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.07.01.06.1		Verlängerung zu Infusionsschlauch > 100 cm	1 Stück	1.86	1.68	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.07.1		Infusionsbesteck vorkonnektiert	1 Stück	3.54	3.19	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.08.1		Infusionsbesteck mit Bürette	1 Stück	5.29	4.76	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.09.1		Infusionsset mit Kanüle zu Infusionspumpe tragbar (exkl. parenterale Ernährung)	1 Stück	8.59	7.73	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.10.1		Infusionssystem geschlossen	1 Stück		10.99	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.01.11.1		Verbindungsset zu geschlossenem Infusionssystem	1 Stück		4.38	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.01.14.1		Infusionsfilter 0.2 µm	1 Stück	7.40	6.65	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.15.1		Infusionsfilter für Fettemulsionen 1.2 µm	1 Stück	7.87	7.09	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.01.20.1		Fixation Infusionsschlauch mit Klett	1 Stück	10.51	9.45	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**03.07.02 Infusionszugang**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.02.01.1		Dreiweghahn	1 Stück	1.06	0.95	01.10.2022	N
03.07.02.02.1		Dreiweghahn mit Verlängerung	1 Stück	2.26	2.04	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.02.03.1		Hahnenbank mit Dreiweghahnen	1 Stück	6.75	6.08	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.02.04.1		Rückschlagventil	1 Stück	1.26	1.13	01.10.2022	N
03.07.02.05.1		Infusionsverbinder mit Ventil / nadelfreier Konnektor	1 Stück	4.27	3.84	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.02.06.1		Verschlussdeckel	1 Stück	0.22	0.20	01.10.2022	N
03.07.02.07.1		Desinfektionskappe zu nadelfreiem Konnektor (Hickman, PICC und Portsystemen)	1 Stück	0.65	0.59	01.10.2022	N

**03.07.03 Lösungen zum Blocken / Spülen der Infusionssysteme**

Limitation: Lösungen zum Blocken werden nicht vergütet im Zusammenhang mit peripheren Venenkathetern.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.03.01.1	L	Taurolidin-Blockerlösung mit oder ohne Heparin	1 Stück		10.22	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.03.03.1	L	Fertigspritze zur Infusionsspülung NaCl 0.9%	1 Stück	1.42	1.27	01.10.2022 01.01.2024	N B

**03.07.04 Kanülenfixation**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.04.02.1		Kanülenfixation PICC, Midline nicht anwendbar mit 35.01.10b, 35.05.10a und 35.05.10c	1 Stück		10.35	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.04.05.1	L	Antibakterielle Abdeckung der Einstichstelle (Chlorhexidin, Silberionen)	1 Stück	17.42	15.68	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

		Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang via PICC Portkatheter, Broviac, Hickman oder Midline</li> <li>• nicht anwendbar mit 35.01.10b, 35.05.10a und 35.05.10c</li> </ul>					
--	--	---	--	--	--	--	--

### 03.07.08 Zubehör zu Infusionstherapie und / oder enteralen Ernährung

Bei voraussichtlich längerer Therapieanwendung wird ein Kauf empfohlen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.08.02.1	L	Rucksack / Tasche zu portablen Infusionspumpen  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 Rucksack alle 5 Jahre und Pumpen-Typ</li> </ul>	1 Stück	204.42	183.98	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.08.03.1		Tasche zu Einweg- Infusionspumpe	1 Stück	15.06	13.55	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.08.05.1	L	Ständer / Infusionsständer zur Infusion und / oder enteralen Ernährung, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmalige Abgabe pro Person</li> </ul>	1 Stück	189.92	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B
03.07.08.05.2	L	Ständer / Infusionsständer zur Infusion und / oder enteralen Ernährung, Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. Mietdauer 180 Tage</li> <li>• Vergütung nur bei Abgabe durch eine Abgabestelle gemäss Art. 55 KVV</li> </ul>	Miete / Tag	0.27	0.24	01.10.2022	N
03.07.08.06.1	L	Pauschale für Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung des Ständers / Infusionsständers  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur bei Abgabe durch eine Abgabestelle gemäss Art. 55 KVV</li> <li>• Diese Position wird pro Miete einmalig bei Rücknahme vergütet</li> <li>• anwendbar mit Pos. 03.07.08.05.2</li> </ul>	Pauschale	40.15	38.14	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

## 03.07.09 Kanülen / Spikes

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.09.01.1		Injektionskanülen Luer	1 Stück	0.08	0.06	01.10.2022	N
03.07.09.05.1		Venenverweilkanüle	1 Stück		2.15	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.09.06.1		Subkutane Verweilkanüle	1 Stück	7.29	6.55	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.09.07.1		Portkanüle	1 Stück		16.01	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.09.09.1		Aufziehkanüle stumpf / stumpf	1 Stück	0.11	0.10	01.10.2022	N
03.07.09.10.1		Aufziehkanüle stumpf / stumpf mit Filter	1 Stück	0.25	0.23	01.10.2022	N
03.07.09.11.1		Sicherheits-Injektionskanüle	1 Stück		0.08	01.10.2022	N
03.07.09.12.1		Sicherheits-Port-Kanüle	1 Stück		16.01	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.09.13.1		Sicherheits-Venenverweilkanüle	1 Stück		1.70	01.10.2022 01.01.2024	N P
03.07.09.14.1		Sicherheits-Flügelkanüle	1 Stück	1.34	1.21	01.10.2022	N
03.07.09.15.1		Sicherheits-Penkanülen	1 Stück	0.45	Kategorie A	01.10.2022	N
03.07.09.16.1		Penkanülen	1 Stück	0.30	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021 01.10.2022 01.07.2023	B P B,C,P P
03.07.09.17.1		Entnahmekanüle zu Stechampulle	1 Stück	0.24	0.22	01.10.2022	N
03.07.09.18.1		Entnahmespike zu Stechampulle	1 Stück	2.39	2.15	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.09.20.1		Transfer-Set	1 Stück	0.81	0.73	01.10.2022	N
03.07.09.21.1	L	Kanülen-Entsorgungsbox  Limitation: • HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben oder bei Anwendung und Rechnungsstellung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause	1 Stück	4.81	4.33	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**03.07.10 Spritzen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.10.01.1		Spritze Luer / Luer-Lock bis 10 ml	1 Stück	0.35	0.26	01.10.2022	N
03.07.10.02.1		Spritze Luer / Luer-Lock 20–60 ml	1 Stück	0.37	0.28	01.10.2022	N
03.07.10.04.1		Spritzen lichtgeschützt	1 Stück	2.61	2.48	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.10.10.1		Insulin-Wegwerfspritzen mit Kanüle	1 Stück	0.44	0.33	01.03.2018 01.10.2021 01.10.2022	B P B,C,P
03.07.10.11.1		Sicherheits-Insulin-Wegwerfspritzen mit Kanüle	1 Stück	0.93	0.70	01.10.2022	N
03.07.10.15.1		Wegwerfspritze mit Kanüle	1 Stück	0.30	0.26	01.03.2018 01.10.2021 01.10.2022	B P C

**03.07.15 Immunglobulin-Heim-Therapie**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
03.07.15.01.1		Vial Adapter	1 Stück	4.82	4.58	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.15.02.1	L	Elektrische Füllhilfe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie  Limitation: • 1 Gerät alle 5 Jahre	1 Stück	217.50	206.63	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.15.03.1		2fach Infusionsset mit Kanüle zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	1 Stück	18.57	17.65	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.15.04.1		3fach Infusionsset mit Kanüle zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	1 Stück	26.95	25.60	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
03.07.15.05.1		4fach Infusionsset mit Kanüle zur Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie	1 Stück	36.23	34.43	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**05. BANDAGEN**

Medizinische Bandagen können flach- oder rundgestrickt sein, sind körperteilumschliessende oder körperteilanliegende Hilfsmittel. Ihre Funktion ist es, komprimierend und / oder funktionssichernd zu wirken. Die Grundelemente bestehen aus flexiblen Materialien und können mit festen textilen Bestandteilen, mit Pelotten, Verstärkungs- sowie Funktionselementen ausgestattet sein. Es wird zwischen elastischen Bandagen und Bandagen mit Kompressionsanteil unterschieden.

Kriterien für elastische Bandagen:

- elastisches Trägermaterial
- formerhaltende Verstärkungselemente
- Stabilisierung eines Gelenks

Kriterien für Kompressionsbandagen:

- Zweizugelastisches Trägermaterial (ggf. mit unelastischem Material kombiniert)
- Kompression der Weichteile
- Anatomisch geformt und/oder konstruiert

Ein Verstärkungselement dient zur Formerhaltung der Bandage (z.B. formerhaltende Stäbe). Ein Funktionselement beeinflusst die Stabilität des Gelenkes (z.B. anatomischer Stab, Kompressionsgurt, Schnürung). Eine Anziehhilfe (z.B. Reissverschluss, Grifflasche) ist kein Funktionselement, sondern dient ausschliesslich der Unterstützung beim Anziehen.

Kompressionstherapie-Mittel, welche zur Versorgung einer Venen- oder Lymphabflusstörung sowie Verbrennungsnarben dienen, werden gemäss Kapitel 17 Kompressionstherapie-Mittel vergütet.

Der Einsatz von Bandagen ausschliesslich aus prophylaktischen Gründen, ohne zugrundeliegender Pathologie, beispielsweise zum Schutz vor Verletzungen bei sportlicher oder beruflicher Tätigkeit, fällt in den eigenverantwortlichen Bereich der Versicherten und ist keine Pflichtleistung der OKP.

Vergütung nur bei Abgabe im Rahmen einer Pflegeleistung nach Art. 25a KVG oder durch eine Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat, der die notwendigen Qualitätsanforderungen beinhaltet - insbesondere Vermessung, Anprobe und persönliche Beratung bezüglich Handhabung und Nebenwirkungen (u. a. Wechselwirkung mit anderen Hilfsmitteln, allfälligen Allergien) durch qualifiziertes Personal. Medizinische Bandagen, die aufgrund einer durch die versicherten Personen selbst erfolgten Vermessung abgegeben werden, sind nicht leistungspflichtig.

#### 05.01 Vor- und Mittelfuss

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.01.01.00.1		Vor- und / oder Mittelfuss-Kompressionsbandage ohne Pelotte	1 Stück	25.59	23.09	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.01.02.00.1		Vor- und / oder Mittelfuss-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	30.01	27.00	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

#### 05.02 Oberes / Unteres Sprunggelenk

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.02.10.00.1		Elastische Sprunggelenk-Bandage	1 Stück	21.78	19.57	01.08.2016 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	C P B,C,P B,P
05.02.11.00.1		Anatomische Sprunggelenk-Kompressionsbandage ohne Pelotte	1 Stück	24.19	21.78	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.02.12.00.1		Anatomische Sprunggelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	66.85	60.12	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.02.13.00.1		Anatomische Sprunggelenk-Kompressionsbandage ohne Pelotte, mit Funktionselement(en)	1 Stück	73.57	66.25	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.02.14.00.1		Anatomische Sprunggelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) und zusätzlichem(n) Funktionselement(en)	1 Stück	81.30	73.17	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.02.15.00.1	L	Anatomische Sprunggelenk-Kompressionsbandage, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einer Serienbandage durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.</li></ul>	1 Stück	193.21	173.89	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.02.20.00.1		Achillessehnen-Bandage (elastisch oder anatomisch) mit Pelotte(n) und mit / ohne Fersenkeil	1 Stück	90.33	81.30	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

**05.04 Knie**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.04.10.00.1		Elastische Kniegelenk-Bandage	1 Stück	39.35	35.43	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.04.11.00.1		Anatomische Kniegelenk-Kompressionsbandage	1 Stück	30.01	27.00	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.04.12.00.1		Anatomische Kniegelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	82.91	74.58	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.04.13.00.1		Anatomische Kniegelenkstabilisierungs-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) und zusätzlichem(n) Funktionselement(en)	1 Stück	115.43	103.88	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.04.15.00.1	L	Anatomische Kniegelenk-Kompressionsbandage, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einer Serienbandage durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.</li></ul>	1 Stück	200.64	180.57	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 05.06 Hüfte

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.06.02.00.1		Hüft-Kompressionsbandage	1 Stück	52.19	46.97	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 05.07 Hand

Bei den Handgelenks-Bandagen können der Daumen und / oder die Langfinger eingeschlossen sein.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.07.01.00.1		Daumen-Bandage mit Funktionselement(en)	1 Stück	50.09	45.07	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.07.10.00.1		elastische Handgelenk-Bandage	1 Stück	19.97	17.97	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.07.11.00.1		elastische Handgelenk-Bandage mit Funktionselement(en), alle Längen	1 Stück	41.05	36.94	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.07.12.00.1		Handgelenk-Kompressionsbandage	1 Stück	29.31	26.40	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.07.13.00.1		Handgelenk-Kompressionsbandage ohne Pelotte, mit Funktionselement(en), alle Längen	1 Stück	35.23	31.72	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.07.14.00.1		Handgelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) und zusätzlichem(n) Funktionselement(en), alle Längen	1 Stück	70.46	63.43	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 05.08 Ellenbogen

In Evaluation bis 31.12.2024

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.08.05.00.1		Elastische Ellenbogen-Bandage	1 Stück	21.08	18.97	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.08.06.00.1		Anatomische Ellenbogen-Kompressionsbandage ohne Pelotte	1 Stück	26.80	24.09	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.08.07.00.1		Anatomische Ellenbogen-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	69.16	62.23	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.08.08.00.1		Anatomische Ellenbogen-Kompressionsbandage ohne Pelotte mit Funktionselement(en)	1 Stück	76.28	68.65	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.08.09.00.1		Anatomische Ellenbogen-Kompressionsbandage mit Pelotte(n) und zusätzlichem(n) Funktionselement(en)	1 Stück	69.26	62.33	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.08.15.00.1	L	Anatomische Ellenbogen-Kompressionsbandage, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einer Serienbandage durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.</li></ul>	1 Stück	183.68	165.31	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

#### 05.09 Schultergürtel

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.09.05.00.1		Schultergelenk-Kompressionsbandage ohne Pelotte	1 Stück	100.67	90.64	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.09.06.00.1		Schultergelenk-Kompressionsbandage mit Pelotte(n)	1 Stück	123.36	111.01	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

#### 05.10 Arm

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.10.01.00.1		Armtraggurten Kinder, 35 mm	1 Stück	6.22	5.62	01.10.2018 01.10.2021 01.04.2022	N P B,P

						01.01.2024	B,P
05.10.02.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 35 mm	1 Stück	7.73	6.93	01.10.2018 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	N P B,P B,P
05.10.03.00.1		Armtraggurten Erwachsene, 45 / 50 mm	1 Stück	11.54	10.44	01.10.2018 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	N P B,P B,P

### 05.11 Leib / Rumpf

Leibbinden haben durchgehend einen gleichen Zug, wohingegen Lumalbandagen einen gewissen Bereich mit Kompression haben und anatomisch flachgestrickt sind.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.11.02.00.1		Syphesenbandage	1 Stück	152.46	137.21	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,P B,P
05.11.06.00.1		Einstellbare Schwangerschaftsleibbinde (Umfangmass) mit Funktionselement(en)	1 Stück	136.40	122.75	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
05.11.10.00.1	L	Leib- / Rumpf-Bandage nicht geschlechtsspezifisch, zirkuläre Stabilisierung des thorakalen und abdominalen Bereichs aus elastischen Materialien mit oder ohne unelastischen Einsätzen, Verschlussysteme ermöglichen Weitenregulierung  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Indikationen:<ul style="list-style-type: none"><li>Postoperativ bis max. 3 Monate nach der Operation</li><li>Bauchwandlähmung</li><li>Bauchwandbruch</li><li>Keine Vergütung bei Stoma-Trägern (erfolgt gemäss MiGeL-Pos. 29.01.01.00.1)</li></ul></li></ul>	1 Stück	53.30	47.98	01.01.1997 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.11.15.00.1	L	Leib- / Rumpf-Bandage nicht geschlechtsspezifisch, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Indikationen:<ul style="list-style-type: none"><li>Postoperativ bis max. 3 Monate nach der Operation</li><li>Bauchwandlähmung</li><li>Bauchwandbruch</li><li>Vergütung nur postoperativ, Bauchwandlähmung, Bauchwandbruch</li><li>Keine Vergütung bei Stoma-Trägern (erfolgt gemäss MiGeL-Pos. 29.01.01.00.1)</li><li>Vergütung nur, falls eine Versorgung mit einer Serienbandage durch eine Abweichung an mindestens einem Messpunkt nicht möglich ist.</li></ul></li></ul>	1 Stück	164.01	147.65	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

**05.13 Brustwirbelsäule und Thorax**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.13.02.00.1		Rippenbruch-Bandage (Rippengürtel)	1 Stück	32.02	28.81	01.01.1996 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

**05.14 Lendenwirbelsäule**

Lumbalbandagen haben einen gewissen Bereich mit Kompression und sind anatomisch flachgestrickt, wohingegen Leibbinden durchgehend einen gleichen Zug haben.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
05.14.01.00.1		Lumbal-Bandage ohne Pelotte	1 Stück	79.80	71.87	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.14.02.00.1		Lumbal-Bandage mit Pelotte(n)	1 Stück	164.11	147.75	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
05.14.05.00.1		Lumbal-Bandage für Schwangere	1 Stück	145.84	131.29	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

**05.20 Tape starr / elastisch**

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.46	1.31	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
05.20.04.00.1		Tape elastisch Breite bis 3 cm	pro m	2.61	2.35	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
05.20.05.00.1		Tape elastisch Breite bis 5 cm	pro m	4.01	3.61	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
05.20.06.00.1		Tape elastisch Breite bis 7.5 cm	pro m	3.86	3.48	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
05.20.07.00.1		Tape elastisch Breite bis 10 cm	pro m	4.87	4.39	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

## 06. BESTRAHLUNGSGERAETE5

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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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>• Gerätetvoraussetzungen: 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	301.11	286.06	01.01.2017 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	B B,C P B,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>• Gerätetvoraussetzungen: 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. ELEKTROSTIMULATIONSGERÄTE**

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**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
09.01.01.00.1	L	Leitungswasser-Iontophorese-Gerät inkl. Palmoplantares Zubehör.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>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.</li></ul>	1 Stück	725.69	689.40	01.01.2000 01.10.2019 01.10.2021 01.01.2024	B P B,P
09.01.01.01.1	L	Achselektrode mit Schwammtasche zu Iontophoresegerät  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Einmalige Abgabe pro Person</li></ul>	1 Paar	58.97	53.08	01.01.2000 01.10.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P

**09.02 Geräte für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
09.02.01.00.1	L	<p>Gerät für die transkutane elektrische neuromuskuläre Modulation, Kauf Inkl. Kabel</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Neuropathische Schmerzen</li> <li>Muskuloskelettale Schmerzen</li> </ul> </li> <li>Der Arzt / die Ärztin oder der Chiropraktor / die Chiropraktorin oder auf deren Anordnung der Physiotherapeut / die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit des Geräts für die transkutane elektrische neuromuskuläre Modulation an der versicherten Person erprobt und sie in den Gebrauch des Geräts eingewiesen haben.</li> <li>max. 1 Gerät alle 5 Jahre (gilt kumulativ für die Pos. 09.02.01.00.1 und 09.02.01.01.1)</li> </ul>	1 Stück	144.74	Kategorie A	01.01.2018 01.10.2021 01.01.2024	C P B,C,P
09.02.01.01.1	L	<p>Gerät für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation, Kauf Inkl. Kabel</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indikationen für die elektrische neuromuskuläre Modulation: <ul style="list-style-type: none"> <li>Beckenbodentraining</li> <li>Blasenfunktionsstörung (Belastungssinkontinenz, hyperaktive Blase mit oder ohne Inkontinenz, Mischinkontinenz)</li> </ul> </li> <li>Verschreibung nur durch Ärzte und Ärztinnen, die Erfahrung in der Anwendung dieser Technologie nachweisen können</li> <li>Der Arzt / die Ärztin oder auf dessen / deren Anordnung der Physiotherapeut / die Physiotherapeutin muss die Wirksamkeit des Geräts für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation an der versicherten Person erprobt und sie in den Gebrauch des Geräts eingewiesen haben.</li> <li>max. 1 Gerät alle 5 Jahre (gilt kumulativ für die Pos. 09.02.01.00.1 und 09.02.01.01.1)</li> </ul>	1 Stück	144.74	Kategorie A	01.01.2024	N

09.02.01.02.1	L	Elektrode für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• anwendbar mit Pos. 09.02.01.00.1 und 09.02.01.01.1</li></ul>	1 Stück	3.33	3.16	01.01.2024	N
09.02.01.03.1	L	Kabel für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation ab 2. Jahr nach Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Stück pro Jahr</li><li>• anwendbar mit Pos. 09.02.01.00.1 und 09.02.01.01.1</li></ul>	1 Stück	17.92	Kategorie A	01.01.2024	N
09.02.01.04.1	L	Intravaginale Sonde für die elektrische neuromuskuläre Modulation, Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Verordnung nur durch einen Arzt oder eine Ärztin</li><li>• max. 1 Stück pro Jahr</li></ul>	1 Stück	33.98	Kategorie A	01.01.2024	N
09.02.03.00.1	L	Gerät zur externen Trigeminus-Neuromodulation (e-TNS), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Indikation: Migräne (zur Langzeitprophylaxe und / oder Anfallsbehandlung): Bei mehr als 3 Anfällen im Monat (&gt;5 Tage) (im Durchschnitt über 3 Monate)</li><li>• Vergütung nur nach einem erfolgreichen Therapieversuch in Miete (Pos. 09.02.03.00.2): Anhand eines Kopfschmerztagebuchs dokumentierter positiver Effekt (Reduktion der Anfallshäufigkeit um &gt;20%).</li><li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li></ul>	1 Stück	379.88	360.89	01.01.2024	N
09.02.03.00.2	L	Gerät zur externen Trigeminus-Neuromodulation (e-TNS), Miete  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Indikation: Migräne (zur Langzeitprophylaxe und / oder Anfallsbehandlung): Bei mehr als 3 Anfällen im Monat (&gt;5 Tage) (im Durchschnitt über 3 Monate)</li><li>• max. Mietdauer 120 Tage</li></ul>	Miete / Tag	0.22	0.21	01.01.2024	N

09.02.03.01.1	L	Rücknahme des Geräts zur externen Trigeminus-Neuromodulation (e-TNS) inkl. allfällige Reinigung und Wiederaufbereitung inkl. Wiederaufbereitungsmaterial (Kabel)  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Diese Position wird pro Miete einmalig bei Rücknahme vergütet.</li><li>• Keine Vergütung bei anschliessendem Kauf des Mietgeräts (Pos. 09.02.03.00.1)</li></ul>	Pauschale	62.85	59.71	01.01.2024	N
09.02.03.02.1	L	Elektrode für das Gerät zur externen Trigeminus-Neuromodulation  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• nur anwendbar mit Pos. 09.02.03.00.1 und 09.02.03.00.2</li><li>• max. 21 Stück pro Jahr (gilt kumulativ für die Pos. 09.02.03.02.1 und 09.02.03.03.1)</li></ul>	1 Stück	8.33	7.91	01.01.2024	N
09.02.03.03.1	L	Hypoallergene Elektrode für das Gerät zur externen Trigeminus-Neuromodulation  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• nur anwendbar mit Pos. 09.02.03.00.1 und 09.02.03.00.2</li><li>• nur bei allergischer Hautreaktion auf die Standard-Elektrode (Pos. 09.02.03.02.1)</li><li>• max. 21 Stück pro Jahr (gilt kumulativ für die Pos. 09.02.03.02.1 und 09.02.03.03.1)</li></ul>	1 Stück	10.33	9.81	01.01.2024	N

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

## Limitation:

- als vorübergehende Therapiemassnahme, wenn eine Implantation eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) nicht sofort möglich ist oder bei Patienten mit einer geplanten Herztransplantation und
- 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)  $\leq 35\%$
- Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Kardiologie
- Miete max. 30 Tage. Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt
- Der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin muss für die Beantragung der Kostenübernahme über 30 Tage hinaus (und in der Folge alle 3 Wochen) eine Beurteilung der Compliance vornehmen; bei unzweckmässiger Versicherten-Compliance (Tragedauer weniger als 18 Stunden / Tag) darf die Therapie nicht mehr vergütet werden

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
09.03.01.00.2	L	Weste mit Defibrillator, Miete 1. bis 90. Tag Inkl. Schulung, 24h Notfallservice, Wiederaufbereitung, Ersatz der Elektroden und des sonstigen Verbrauchsmaterials.	Miete / Tag	124.46	124.46	01.01.2018 01.01.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.07.2022 01.01.2023 01.01.2024	C,V V P C,V C,P C,V B,P
09.03.01.01.2	L	Weste mit Defibrillator, Miete 91. bis 334. Tag Inkl. 24h Notfallservice, Wiederaufbereitung, Ersatz der Elektroden und des sonstigen Verbrauchsmaterials.	Miete / Tag	107.29	107.29	01.01.2023 01.01.2024	N B,P
09.03.01.02.2	L	Weste mit Defibrillator, Miete ab 335. Tag Inkl. 24h Notfallservice, Wiederaufbereitung, Ersatz der Elektroden und des sonstigen Verbrauchsmaterials.	Miete / Tag	63.85	63.85	01.01.2023 01.01.2024	N B,P

#### 09.04 Geräte zur Erzeugung und Anwendung von Tumortherapiefeldern (tumor treating fields, TTFields)

Die TTFields 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 oder Astrozytoms WHO-Grad 4<sup>2</sup>, bestehend aus einer Anordnung von isolierten Arrays, die zusammen mit dem Generator für elektrische Felder verwendet werden, um die Tumortherapiefelder (TTFields) mit einer bestimmten Frequenz im Gehirn abzugeben, um versicherte Personen mit neu diagnostiziertem Glioblastom oder Astrozytom WHO-Grad 4<sup>3</sup> zu behandeln;</p> <p>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 bei Erstdiagnose</li> <li>Neu diagnostiziertes Glioblastom oder Astrozytom WHO-Grad 4<sup>4</sup>: Nur in Kombination mit Temozolomid gemäss Swissmedic-Zulassung, anschliessend Erhaltungstherapie mit TTFields</li> <li>Nach der ersten Progression: Nur in Kombination mit Bevacizumab oder Temozolomid gemäss Swissmedic-Zulassung, anschliessend Erhaltungstherapie mit TTFields</li> <li>Keine Tumorprogression nach der adjuvanten Radiochemotherapie</li> </ul> </li> <li>Vergütungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergütungsstopp sobald zweite Tumorprogression</li> </ul> </li> </ul>	Miete / Monat	14'373.18	14'373.18	01.04.2021 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	N P B,P C,P,V

<sup>2</sup> Weitere Informationen zur Klassifikation sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>3</sup> Weitere Informationen zur Klassifikation sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>4</sup> Weitere Informationen zur Klassifikation sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine Vergütung bei Therapiebeginn bei Rezidiv-Glioblastom oder Rezidiv-Astrozytom WHO-Grad 4<sup>5</sup></li><li>• Nach 3 Monaten (und regelmässig in der weiteren Behandlung) muss der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin eine Beurteilung der Compliance vornehmen; bei unzweckmässiger Versicherten-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, Fachärzte und Fachärztinnen für Neurologie, Fachärzte und Fachärztinnen für Neurochirurgie, Fachärzte und Fachärztinnen für Radio-Onkologie / Strahlentherapie</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><li>• Erstinstruktion und Sicherstellung der Behandlung (inkl. Compliance-Kontrolle) durch Anbieter</li></ul>					
In Evaluation bis 30.06.2027							

---

<sup>5</sup> Weitere Informationen zur Klassifikation sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

## 10. GEHHILFEN

## 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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li></ul>	1 Paar	35.13	29.86	01.07.2017 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2024	N B C,P B,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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li></ul>	1 Paar	60.22	51.19	01.07.2017 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2024	N B C,P B,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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li></ul>	1 Paar	44.16	37.54	01.01.2018 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2024	C B C,P B,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 selbstständig 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**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
10.02.01.00.1	L	Höhenausgleichssohle (inkl. mehrstufige) bei Gips und Orthesen  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Stück pro Behandlungsfall</li></ul>	1 Stück	39.14	35.23	01.01.2015 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N C P B,P

## 13. HOERHILFEN

### 13.01 Hörgeräte

Die Vergütung von Hörgeräten und den dazugehörigen Batterien erfolgt grundsätzlich gemäss den Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Wert des Hörverlustes) 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, Wert des Hörverlustes) der AHV / IV.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
13.01.01.00.1		Hörgerät Die Vergütung erfolgt gemäss Bestimmungen (Vertragsbestimmungen, Tarif, Wert des Hörverlustes) der AHV / IV.				01.07.2001 01.07.2019 01.10.2021 01.07.2024	C P C
13.01.01.01.1		Batterien zu Hörgerät, monaurale Versorgung	pro Jahr (pro rata)	60.22	51.19	01.07.2010 01.07.2019 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	C P B,P C
13.01.01.02.1		Batterien zu Hörgerät, binaurale Versorgung	pro Jahr (pro rata)	120.45	102.38	01.07.2010 01.07.2019 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	C P B,P C
13.01.01.03.1		Batterien, Service und Unterhalt für implantierte Hörhilfe (u.a. Cochlea-Implantate). Auf vorgängige Kostengutsprache des Versicherers, kann bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages vergütet werden.	pro Jahr (pro rata)	437.62	415.74	15.07.2015 01.07.2019 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	C C P B,P C

## 14. INHALATIONS- und ATEMTHERAPIEGERÄTE

Gerätereparaturen 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 inhalet. 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 Anschlusschlauch 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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li></ul>	1 Stück	195.72	176.15	01.01.1999 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C C,P B,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 selbstständig 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	39.60	35.64	15.07.2015 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
14.01.01.02.3		Vernebler mit Mesh-Technologie (inkl. Aerosolerzeuger und Schlauch) zu Aerosol-Apparat Nicht anwendbar mit Pos. 14.01.03.00.1 bis 14.01.03.02.3	1 Stück	100.02	90.02	01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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	25.09	23.84	15.07.2015 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	C B,C P B,P
14.01.01.04.1	L	Verbrauchsmaterial für Aerosol-Apparat: Sterile NaCl Lösung 0.9% als Trägerlösung  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nur als Trägerlösung für Medikamente, die laut Fachinformation verdünnt werden.</li></ul>	1 Stück	0.30	0.27	01.07.2024	N

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<sup>2)</sup></li> <li>• 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	1'119.14	1'063.18	01.01.2010 01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	B,C C P C B,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<sup>3)</sup></li> </ul>	Miete / Tag	1.00	0.95	01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023	N C P C

<sup>2</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>3</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.01.03.01.3		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	1 Stück	130.48	117.43	01.01.2010 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
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	86.32	77.69	01.01.2010 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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<sup>4</sup>)</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 inhalierenden 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	3'671.99	3'488.39	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	C C C C P C B,P
14.01.04.00.2	L	Aerosol-Apparat mit FAVORITE*-Technologie, Miete	Miete / Tag	2.41	2.29	01.01.2012	

<sup>4</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.01.04.00.1</li></ul>				01.07.2019 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	C B,C P B,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 benötigten Karten), 1 x Luftfilter für elektronische Steuereinheit, 1 x Nasenklemme	pro Jahr (pro rata)	324.00	291.60	01.01.2012 01.07.2019 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	C C P B,P
14.01.30.10.3		Maske zu Aerosol-Apparat	1 Stück	6.02	5.42	01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
14.01.30.11.3	L	Silikonmaske zu Aerosol-Apparat  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei Versicherten mit ungenügendem Mundschluss (z.B. Kinder vor Erlernen des Mundschlusses) oder mit multipler Behinderung (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS))</li></ul>	1 Stück	21.03	18.93	01.08.2016 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.02.02.00.1		Vorschaltkammer inkl. Mundstück für Dosieraerosole	1 Stück	34.43	30.98	01.01.2016 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	C B,C P B,P
14.02.03.00.1		Vorschaltkammer inkl. Maske für Dosieraerosole	1 Stück	38.64	34.78	01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
14.02.04.00.1		Maske zu Vorschaltkammer anwendbar mit Pos. 14.02.02.00.1	1 Stück	7.93	7.14	01.01.1999 01.07.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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-Kraftraining 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 exspiratorischen 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 exspiratorischen 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.03.01.00.1		PEP (Positive Expiratory Pressure) Gerät zur Erzeugung von kontrollierten, positiven Druckschwankungen	1 Stück	40.15	38.14	01.01.1999 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
14.03.05.00.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum Krafttraining der Ein- ODER Ausatmungsmuskulatur (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 / exspiratorische 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	40.15	38.14	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.03.05.01.1	L	Atemtherapiegerät mit variabler Schwelle zum gleichzeitigen Krafttraining der Ein- UND Ausatmungsmuskulatur (threshold load), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos.: 14.03.05.00.1</li></ul>	1 Stück	100.37	95.35	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
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<sup>5</sup>) oder Paraplegiker-Zentren</li><li>• max. 1 Gerät alle fünf Jahre</li></ul>	1 Stück	7'929.34	7'532.87	01.10.2020 01.01.2021 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	N C C P C B,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<sup>6</sup>) oder Paraplegiker-Zentren</li></ul>	Miete / Tag	11.00	10.45	01.01.2018 01.10.2020 01.01.2021 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	C B,C C C P B,P C B,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	1.51	1.36	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

<sup>5</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)<sup>6</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	401.49	381.41	01.08.2007 01.10.2020 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C C P B,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).

Für die Sauerstofftherapie gilt folgende Limitation:

- Mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (z.B. Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse) oder
- Diagnose eines Cluster headache

Für die Therapiefortsetzung nach 3 Monaten bedarf es der Indikationsstellung für die Sauerstofftherapie und deren Modalität

- durch Fachärztinnen oder Fachärzte der folgenden Fachrichtungen: Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016<sup>7</sup>) oder Pneumologie oder Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin
- bei der Diagnose Cluster headache durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Neurologie

#### 14.10a Sauerstoff-Konzentratoren

Sauerstoffkonzentratoren sind elektrisch betriebene Geräte zur Konzentration von Sauerstoff aus der Umgebungsluft.

Zentrales Bauteil ist das Molekularsieb (Synonyme Zeolith-Filter, Funktionseinheit), welches der Luft den Stickstoff entzieht und somit den Sauerstoff je nach Geräte-Leistung auf ca. 90-95% konzentriert.

Die Menge der Sauerstoffabgabe wird in l / min angegeben.

Bei einer voraussichtlich längeren Therapiedauer (> 6 Monate) wird ein Kauf dringend empfohlen.

Limitation:

- siehe 14.10

<sup>7</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

- nicht anwendbar mit Positionen für das Flüssigsauerstoff-System (14.10c)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.20.00.1	L	<p>Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Kauf Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Die Gutsprache beinhaltet einen Voranschlag betreffend Austauschfrequenz und Preis des Ersatz-Molekularsiebs gemäss Produktspezifikationen.</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> <li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	1'226.54	1'104.09	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	C,P B,C,P B,P
14.10.20.00.2	L	<p>Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Miete Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb-Ersatz, Aufbereitung und Rücknahme.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Für eine Therapiefortsetzung nach 3 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Dabei ist insbesondere die Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung darzulegen (Abwägung gegenüber Kauf).</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete / Tag	1.53	1.38	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	C,P B,C,P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.20.01.1	L	<p>Stationärer Sauerstoff-Konzentrator mit hohem Sauerstoff-Fluss (&gt;6 l O<sub>2</sub>/min), Kauf</p> <p>Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Die Gutsprache beinhaltet einen Voranschlag betreffend Austauschfrequenz und Preis des Ersatz-Molekularsiebs gemäss Produktspezifikationen.</li> <li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	2'242.30	2'130.18	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.20.01.2	L	<p>Stationärer Sauerstoff-Konzentrator mit hohem Sauerstoff-Fluss (&gt;6 l O<sub>2</sub> / min), Miete</p> <p>Gerät allenfalls mit Rollen zur Bewegung innerhalb der Wohnung, Betrieb am Stromnetz</p> <p>inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb-Ersatz, Aufbereitung und Rücknahme.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt</li> </ul>	Miete / Tag	2.75	2.61	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.20.80.3		Pauschale für die technische Erstinstruktion und Erstinstallation für stationärer Sauerstoff-Konzentrator durch Techniker des Herstellers oder des Anbieters	Pauschale	35.13		01.01.2003 01.10.2021 01.04.2022 01.07.2022 01.01.2024	C,P B,C,P C,P B

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.22.00.1	L	<p>Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Kauf</p> <p>Gerät mit geringem Gewicht zur Nutzung unterwegs und ausserhalb der Wohnung, mit Tragetasche oder Trolley</p> <p>Netzunabhängiger Betrieb mit Akkus (Betrieb am Stromnetz allenfalls möglich)</p> <p>Inklusive das für die mobile Nutzung notwendige Zubehör in Form von Akku, Rucksack / Tragetasche oder Trolley</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Für das entsprechende Gesuch ist ein Kostenvoranschlag betreffend Austauschfrequenz und Preis des Ersatz-Molekularsiebs und von Ersatz-Akkus jeweils gemäss Produktspezifikationen einzureichen.</li> <li>• nicht anwendbar mit Pos. 14.10.26, 14.10b und 14.10c</li> <li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	4'195.52	3'985.75	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.22.00.2	L	<p>Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Miete</p> <p>Gerät mit geringem Gewicht zur Nutzung unterwegs und ausserhalb der Wohnung, mit Tragetasche oder Trolley</p> <p>Netzunabhängiger Betrieb mit Akkus (Betrieb am Stromnetz allenfalls möglich)</p> <p>Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Molekularsieb- und Akku-Ersatz, Wiederaufbereitung, Rücknahme und das für die mobile Nutzung notwendige Zubehör in Form von Akku, Rucksack / Tragetasche oder Trolley.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Für eine Therapiefortsetzung nach 3 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Dabei sind die Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung (Abwägung gegenüber Kauf) und der erzielte therapeutische Nutzen darzulegen.</li> <li>• Die Kostengutsprache ist danach jährlich einzuholen. Dabei ist zusätzlich die Mobilität des Patienten oder der Patientin mit dem Konzentrator darzulegen.</li> <li>• nicht anwendbar mit Pos. 14.10.26, 14.10b und 14.10c</li> </ul>	Miete / Tag	5.68	5.40	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.22.80.3		Pauschale für die technische Erstinstruktion und Erstinstallation für portabler Sauerstoff-Konzentrator durch Techniker des Herstellers oder des Anbieters	Pauschale	50.19	47.68	01.04.2022 01.07.2022 01.01.2024	N C B,P
14.10.25.90.1		Wartung für Sauerstoff-Konzentratoren ab 2. Jahr nach Kauf Inkl. Wartungsmaterial gemäss Wartungsplan des Herstellers Anwendbar mit Pos. 14.10.20.00.1, 14.10.20.01.1, 14.10.22.00.1	pro Jahr	115.43	109.66	01.01.2003 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.25.91.1	L	Ersatz-Molekularsieb für Sauerstoff-Konzentrator nach Kauf Inkl. Wechsel durch technische Fachperson  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kostenübernahme gemäss besonderer Gutsprache vor Kauf des Sauerstoff-Konzentrators</li><li>• anwendbar mit Pos. 14.10.20.00.1, 14.10.20.01.1, 14.10.22.00.1</li></ul>	1 Stück	294.09	279.38	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.25.92.1	L	Ersatz-Akku für portabler Sauerstoff-Konzentrator nach Kauf Nachkauf bei Verschleiss. Bei Neukauf des Konzentrators erworbene spezielle Akku-Packs zählen zum Gerätepreis gemäss Pos. 14.10.22.00.1  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütung nur nach vorgängiger Kostengutsprache des Versicherers</li><li>• anwendbar mit Pos. 14.10.22.00.1</li></ul>	1 Stück	573.12	544.46	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.26.00.1	L	Abfüllsystem für Sauerstoff-Konzentrator, Kauf Zum selbstständigen Abfüllen von Sauerstoff-Druckgasflaschen Inkl. Material zur Koppelung an den stationären Sauerstoffkonzentrator, Sauerstoffdruckgasflaschen für die mobile Verwendung unterwegs (2 Stück) mit Tragetasche, Sparventil.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10a</li><li>• Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt</li><li>• nicht anwendbar mit Pos. 14.10.22, 14.10b und 14.10c</li><li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li><li>• max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li></ul>	1 Stück	5'167.12	4'908.76	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.26.00.2	L	<p>Abfüllsystem für Sauerstoff-Konzentrator, Miete</p> <p>Zum selbstständigen Abfüllen von Sauerstoff-Druckgasflaschen</p> <p>Inklusive: Material zur Koppelung an den stationären Sauerstoffkonzentrator, Sauerstoffdruckgasflaschen für die mobile Verwendung unterwegs (2 Stück) mit Tragetasche, Sparventil, Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10a</li> <li>• Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt</li> <li>• nicht anwendbar mit 14.10.22, 14.10b und 14.10c</li> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete / Tag	4.42	4.20	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.26.80.3		Pauschale für die technische Erstinstruktion und Erstinstallation für Abfüllsystem zum Sauerstoff-Konzentrator durch Techniker des Herstellers oder des Anbieters	Pauschale	35.13	33.37	01.04.2022 01.07.2022 01.01.2024	N C B,P
14.10.26.90.1		Wartung für Abfüllsystem zum Sauerstoff-Konzentrator ab 2. Jahr nach Kauf Inkl. Wartungsmaterial gemäss Wartungsplan des Herstellers Anwendbar mit Pos. 14.10.26.00.1	pro Jahr	110.41	104.89	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

#### 14.10b Sauerstoff-Druckgas

Limitation:

- siehe 14.10
- Für eine Therapiefortsetzung nach 6 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.
- nicht anwendbar mit den Pos. 14.10.26 und 14.10c

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.40.00.1	L	Füllung Sauerstoff-Druckgasflaschen alle Größen	1 Füllung	53.20	50.54	01.07.2012	

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		(beinhaltet Arzneimittel medizinischer Sauerstoff und Leistung der Konfektionierung) Leistungspflichtig sind nur die von Swissmedic zugelassenen Arzneimittel und Packungsgrößen.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10b</li><li>• Maximal 5 Füllungen pro Monat. In Evaluation bis 31.12.2026</li></ul>				01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
14.10.41.00.2	L	Druckgasflasche für medizinischen Sauerstoff (Flasche ohne Druckminderer), Miete Alle Größen und Ausführungen, inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10b</li></ul>	Miete / Tag	0.44	0.42	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022	P B,C,P
14.10.41.01.2	L	Druckgas-Integralflasche für medizinischen Sauerstoff (Flasche mit integriertem Druckminderer), Miete Alle Größen und Ausführungen, inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10b</li></ul>	Miete / Tag	0.55	0.52	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022	P B,C,P
14.10.41.02.2	L	Druckgas-Integralflasche für medizinischen Sauerstoff mit integriertem Druckminderer und mit digitaler Autonomieanzeige (Anzeige des verbleibenden Sauerstoffs in Litern und verbleibender Therapiezeit), Miete inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10b</li><li>• Bei Cluster headache oder</li><li>• Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr</li></ul>	Miete / Tag	1.08	1.03	01.04.2022	N
14.10.42.00.2	L	Druckminderer, Miete Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.	Miete / Tag	0.11	0.10	01.01.2001 01.10.2021	P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Limitation: • siehe 14.10b				01.04.2022	B,C,P
14.10.43.00.2	L	Sparventil (Ventil, welches elektronisch oder pneumatisch Sauerstoff nur bei Inspiration des Patienten abgibt), Miete  Limitation: • siehe 14.10b	Miete / Tag	0.44	0.42	01.07.1999 01.10.2021 01.04.2022	P B,C,P
14.10.45.50.1	L	Haus-Lieferung Druckgasflaschen (exkl. Erstinstallation und exkl. Notfall-Lieferung) Unabhängig von der Anzahl ausgelieferter Flaschen Die Rücknahme gilt nicht als Lieferung.  Limitation: • siehe 14.10b • nur für Druckgasflaschen ab 10L • nicht anwendbar mit Pos. 14.10.70.00.1 und 14.10.70.01.1	pro Lieferung	50.19	47.68	01.07.2012 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
14.10.45.80.1		Technische Erstinstruktion und Erstinstallationspauschale für Druckgassystem durch technisches Personal (inkl. Erstlieferung, inkl. mögliche Instruktion eines Sparventils)	Pauschale	116.93	111.09	01.01.2001 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

#### 14.10c Flüssigsauerstoff-System

Flüssigsauerstoff ist gekühlter (-183°C) flüssiger reiner Sauerstoff und wird aus isolierten Behältern mit Reguliventilen abgegeben. Flüssigsauerstoff verdampft bei längerer Lagerung und ist nicht als Reserve-Sauerstoff für seltene Anwendung geeignet.

Limitation:

- siehe 14.10
- Nur nach vorgängiger besonderer Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Dieser Kostengutsprache liegt ein Voranschlag für die geplante Versorgung (Tanks, Lieferfrequenz) vor
- Für eine Therapiefortsetzung nach 12 Monaten ist eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Dabei ist insbesondere die Mobilität des Patienten oder der Patientin, sowie die vergleichende Wirtschaftlichkeit der Versorgung gegenüber anderen Systemen darzulegen

- nicht anwendbar mit 14.10a und 14.10b

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.50.00.1	L	Füllung Sauerstoff-Flüssiggas 20 bis 25 Liter (beinhaltet medizinischer Sauerstoff und Leistung der Konfektionierung in einen stationären Tank) Leistungspflichtig sind nur die von Swissmedic zugelassenen Arzneimittel und Packungsgrößen.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10c</li><li>• In Evaluation bis 31.12.2026</li></ul>	1 Füllung	110.41	104.89	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.50.01.1	L	Füllung Sauerstoff-Flüssiggas 30 bis 50 Liter (beinhaltet medizinischer Sauerstoff und Leistung der Konfektionierung in einen stationären Tank) Leistungspflichtig sind nur die von Swissmedic zugelassenen Arzneimittel und Packungsgrößen.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10c</li><li>• In Evaluation bis 31.12.2026</li></ul>	1 Füllung	158.59	150.66	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.51.00.2	L	Stationärer Flüssig-Sauerstofftank, Miete Alle Größen 20-50 Liter, inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10c</li></ul>	Miete / Tag	2.56	2.43	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.52.00.2	L	Portabler Behälter für Flüssig-Sauerstoff, Miete Alle Größen und Ausführungen, inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung, Rücknahme, Ersatzfilzeinlagen, Zubehör (Rucksack oder Trolley).  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 14.10c</li></ul>	Miete / Tag	2.06	1.96	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.55.50.1	L	<p>Haus-Lieferung (exkl. Erstinstallation und exkl. Notfall-Lieferung) Sauerstoff-Flüssiggas</p> <p>Unabhängig von der Anzahl ausgelieferter Tanks oder Füllungen, exkl. Erstlieferung</p> <p>Die Rücknahme von Behältern gilt nicht als Lieferung.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10c</li> <li>• maximale Anzahl Lieferungen gemäss individuellem Voranschlag</li> <li>• nicht anwendbar mit Pos. 14.10.70.00.1 und 14.10.70.01.1</li> </ul>	pro Lieferung	50.19	47.68	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.55.80.1	L	<p>Technische Erstinstallation und technische Erstinstruktion für Flüssiggas-System durch technisches Personal (inkl. erste Hauslieferung)</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe 14.10c</li> </ul>	Pauschale	116.93	111.11	01.01.2003 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

#### 14.10d Verbrauchsmaterial für die Sauerstofftherapie

Das Verbrauchsmaterial wird pro Patient pro Jahr vergütet, unabhängig von der Anzahl verwendeter Systeme oder Geräte für die Sauerstofftherapie. Pro Patient wird nur eine Pauschale vergütet (Wechsel der Pauschale bei Therapieanpassungen im Jahresverlauf vorbehalten).

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.60.00.1		<p>Verbrauchsmaterial für die Sauerstofftherapie bei Sauerstoffbedarf unter Belastung <math>\leq</math> 6 Liter O<sub>2</sub> / min</p> <p>(beinhaltet Sauerstoffbrillen und -Masken, Sauerstoffschläuche, Schlauchverbinder, Firesafe, Rückschlagventile, Dekubitusschutz, Wasserfallen)</p> <p>Nicht anwendbar mit Pos. 14.10.61.00.1 und 14.10.62.00.1</p>	Pro Jahr (pro rata)	185.69	167.12	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.61.00.1		Verbrauchsmaterial für die Sauerstofftherapie bei Sauerstoffbedarf unter Belastung $>$ 6 Liter O <sub>2</sub> / min	Pro Jahr (pro rata)	402.49	362.24	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		(beinhaltet Sauerstoffbrillen und –Masken, Sauerstoffschläuche, Schlauchverbinder, Firesafe Rückschlagventile, Dekubitusschutz, Wasserfallen, Befeuchterflaschen) Die Vergütung dieser Position setzt die Verwendung einer Sauerstoffquelle mit einem Fluss von 6 Liter O <sub>2</sub> / min und höher voraus. Nicht anwendbar mit Pos. 14.10.60.00.1 und 14.10.62.00.1					
14.10.62.00.1		Verbrauchsmaterial für die Sauerstofftherapie für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr (beinhaltet Sauerstoffbrillen und –Masken, Sauerstoffschläuche, Schlauchverbinder, Firesafe Rückschlagventile, Dekubitusschutz, Wasserfallen, Befeuchterflaschen) Nicht anwendbar mit Pos. 14.10.60.00.1 und 14.10.61.00.1	Pro Jahr (pro rata)	289.57	260.61	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

#### 14.10e Notfall-Lieferung

Limitation:

- Pro Patient und Jahr maximal 3 Notfall-Hauslieferungen (kumuliert Pos. 14.10.70.00.1 und 14.10.70.01.1)
- Nur für medizinisch begründete notfallmässige Erstlieferung oder medizinisch begründete Lieferung gleichentags bei Therapieanpassung

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.10.70.00.1	L	Notfall-Hauslieferung Druckgasflaschen oder Flüssiggas werktags von 18.00 bis 22.00 Uhr Unabhängig von der Anzahl ausgelieferter Gebinde  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Verordnung für Lieferung gleichentags ausgestellt nach 17.00 Uhr</li> <li>• nicht anwendbar mit Pos. 14.10.45.50.1, 14.10.55.50.1 und 14.10.70.01.1</li> </ul>	pro Lieferung	200.74	190.71	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
14.10.70.01.1	L	Notfall-Hauslieferung Druckgasflaschen oder Flüssiggas werktags von 22.00 bis 07.00 Uhr und am Wochenende Unabhängig von der Anzahl ausgelieferter Gebinde	pro Lieferung	301.11	286.06	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		<p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ärztliche Verordnung für Lieferung in der gleichen Nacht ausgestellt nach 22.00 Uhr oder am Wochenende für Lieferung am gleichen Wochenende</li> <li>nicht anwendbar mit Pos. 14.10.45.50.1, 14.10.55.50.1 und 14.10.70.00.1</li> </ul>					

#### 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.

Limitation für die Unterkiefer-Protrusionsorthese (Position 14.11.00.01.1): 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<sup>8</sup>) oder durch Fachärzte und Fachärztinnen für Oto-Rhino-Laryngologie sowie durch Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019<sup>9</sup> der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Soll die Anordnung durch ein Zentrum erfolgen, das diese Anforderungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

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<sup>10</sup>.

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.

<sup>8</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>9</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>10</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Limitation für CPAP-Geräte, Geräte zur Servoventilation und Bi-Level PAP-Geräte (Positionen 14.11.02.00.1, 14.11.02.00.2, 14.11.02.01.1, 14.11.02.90.1, 14.11.03.00.2, 14.11.04.00.2, 14.11.06.00.1): 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<sup>11</sup>) sowie durch Zentren, die die Anforderungen der «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» vom 1. Januar 2019<sup>12</sup> der «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) erfüllen. Soll die Anordnung durch ein Zentrum erfolgen, das diese Anforderungen nicht erfüllt, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

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<sup>13</sup>. 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.11.00.01.1	L	Individuell durch Zahntechniker auf Mass hergestellte Unterkiefer-Protrusionsorthese  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 14.11.</li><li>• max. 1 Stück alle 3 Jahre</li></ul>	1 Stück	732.71	732.71	01.07.2014 01.01.2021 01.10.2021 01.07.2023 01.01.2024	B,C P C B,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	1'227.54	1'166.17	01.01.2017 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021 01.01.2024	B C B,C P B,P
14.11.02.00.2	L	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem, Miete Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.	Pauschale / Tag	1.50	1.43	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	C B,C P C B,P

<sup>11</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>12</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>13</sup> Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.11.02.01.1	L	Pauschale für die technische Erstinstruktion und initiale Einstellung des CPAP-Geräts durch Techniker der Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie</li><li>• anwendbar mit Pos. 14.11.02.00.2</li></ul>	Pauschale / 3 Monate	526.95	500.60	01.07.2012 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	C B,C P B,C,P C,V B,P
14.11.02.90.1	L	Wartungskosten inkl. Wartungsmaterial für CPAP-Gerät bei Kauf	pro 2 Jahre	135.50	128.73	01.01.1999 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P
14.11.03.00.2	L	Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem, Miete Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.	Pauschale / Tag	7.70	7.32	01.03.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	N P B,P C B,P
14.11.04.00.2	L	Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem, Miete Inkl. Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung und Rücknahme.	Pauschale / Tag	4.04	3.84	01.03.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	N P B,P C B,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	381.41	343.27	01.01.1999 01.01.2021 01.03.2021 01.10.2021 01.01.2024	C B,C P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.11.06.00.1	L	<p>Pauschale für die technische Erstinstruktion und initiale Einstellung der Geräte zur Servoventilation und der Bi-Level PAP-Geräte durch Techniker der Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat.</p> <p>Limitation:</p> <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>	<p>Pauschale / 3 Monate</p>	526.95	500.60	01.03.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	N P B,C,P C,V B,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.

Entwickelt sich die ventilatorische Insuffizienz langsam, so manifestiert sie sich initial meist unter Belastungssituationen oder nachts im Schlaf. Nebst der nächtlichen Beatmung ist die Beatmung tagsüber oftmals nur stundenweise notwendig. Die Versicherten sind also nicht dauernd auf das Gerät angewiesen.

Beatmungsgeräte für dauernd vom Gerät abhängige Personen (Beatmungsdauer in der Regel > 16 Stunden täglich) übernehmen die Atemarbeit vollständig. Die Versicherten können ohne Beatmung gar nicht oder nur sehr kurze Zeit überleben.

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<sup>14</sup>) sowie Paraplegiker-Zentren.

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.12.02.00.2	L	<p>Heimbeatmungsgerät zur Atemunterstützung bei Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete</p> <p>Inkl. Befeuchtungssysteme, Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung, Rücknahme und Pikettdienst durch technisches Personal</p>	<p>Pauschale / Tag</p>	6.61	6.28	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	C P B,C,P C B,P

<sup>14</sup>Das Dokument ist einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.12.02.05.1	L	Verbrauchsmaterial für Heimbeatmungsgerät zur Atemunterstützung bei Personen mit ventilatorischer Insuffizienz: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme und Filter  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.	pro Jahr	451.67	406.50	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	C P B,C,P B,P
14.12.03.00.2	L	Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete Inkl. Befeuchtungssysteme, Wartung, Wartungsmaterial, Aufbereitung, Rücknahme und Pikettdienst durch technisches Personal	Pauschale / Tag	22.06	20.96	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	C P B,C,P C B,P
14.12.03.05.1	L	Verbrauchsmaterial für dauernd vom Heimbeatmungsgerät abhängige Personen bei <u>nicht-invasiver</u> Beatmung: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme, Filter  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.	pro Jahr	1'003.71	903.34	01.01.2022 01.01.2024	N B,P
14.12.03.06.1	L	Verbrauchsmaterial für dauernd vom Heimbeatmungsgerät abhängige Personen bei <u>invasiver</u> Beatmung: Schlauch-, Ventil-, Maskensysteme, Filter  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.	pro Jahr	3'211.88	2'890.70	01.01.2022 01.01.2024	N B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.12.04.00.1	L	<p>Pauschale für die technische Erstinstruktion und initiale Einstellung der Geräte zur mechanischen Heimventilation durch Techniker der Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschale für die ersten 3 Monate der Therapie</li> <li>• anwendbar mit Pos. 14.12.02.00.2 und 14.12.03.00.2</li> </ul>	Pauschale / 3 Monate	1'296.80	1'231.56	01.01.2022 01.01.2023 01.01.2024	N C,V B,P
14.12.05.00.1	L	<p>Beatmungsbeutel, Kauf</p> <p>Limitation:</p> <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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	294.74	265.27	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N C,P B,P
14.12.06.00.1	L	<p>Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Kauf</p> <p>Limitation:</p> <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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	785.91	707.32	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N C,P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
14.12.06.00.2	L	<p>Stativ zu Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete</p> <p>Limitation:</p> <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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	Miete / Tag	0.80	0.72	01.01.2021 01.10.2021	N C,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 mittleren Inkontinenz. Bei leichter Inkontinenz erfolgt keine Rückvergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
- Ab dem vollendeten 41. Lebensmonat. Ausgeschlossen ist die normale infantile Inkontinenz

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.01.01.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	544.01	408.01	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.01.02.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für schwere Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	1'112.12	834.09	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.01.03.00.1	L	Aufsaugende Hilfsmittel für totale Inkontinenz	Pro Jahr (pro rata)	1'584.86	1'267.89	01.01.2011 01.04.2019 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C C P B,P

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.

### 15.01.04 Aufsaugende Enuresis-Produkte

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

15.01.04.00.1	L	Produkte bei Enuresis nocturna: Bettunterlagen und Windelhöschen  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Bei Kindern nach dem vollendeten 5. Lebensjahr</li></ul>	Pro Jahr (pro rata)	105.39	94.85	01.01.2017 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
---------------	---	--	---------------------	--------	-------	--	----------------------

#### 15.10 Einmalblasenkatheter

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	2.26	2.04	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P
15.10.02.00.1		Einmalblasenkatheter mit beiliegendem Hilfsmittel (Beschichtung, Gel oder Lösung) zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	3.66	3.30	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.10.02.01.1		Einmalblasenkatheter mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe) mit beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	5.57	5.02	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.10.03.00.1		Einmalblasenkatheter mit integriertem Urinauffangbeutel und beiliegendem Hilfsmittel zur Erreichung der Gleitfähigkeit	1 Stück	7.63	6.87	01.01.2005 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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	5.37	4.84	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.10.06.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit integriertem Urinauffangbeutel	1 Stück	7.78	7.01	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.10.07.00.1		Einsatzbereiter Einmalkatheter (implementiertes Gleitmittel) mit Kontaminationsschutz (Folierung/Umhüllung oder Einführhilfe)	1 Stück	5.22	4.70	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 15.11 Verweilkatheter

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.11.01.00.1	L	Verweilkatheter Latex	1 Stück	2.36	2.13	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.11.03.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel	1 Stück	4.62	4.16	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.11.04.00.1	L	Verweilkatheter Latex mit Silikonmantel für Kinder	1 Stück	3.36	3.03	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.11.10.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon	1 Stück	14.65	12.46	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.11.11.00.1	L	Verweilkatheter aus 100% Silikon für Kinder	1 Stück	15.86	14.27	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.11.15.00.1	L	Verweilkatheter mit Blockerspritze	1 Stück	11.69	10.53	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.11.20.00.1	L	Suprapubischer Katheter	1 Stück	55.91	50.32	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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	27.20	24.48	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.03.00.1		Beinkatheterspiegel	1 Stück	37.54	35.66	01.01.1997 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P
15.13.03.01.1		Lampe zum Katheterspiegel	1 Stück	20.73	19.69	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.03.02.1		Katheterspiegel mit Lampe	1 Stück	107.40	102.03	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.05.00.1		Beinspreizer	1 Stück	295.09	280.34	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.06.00.1	L	Handgriff für Katheter  Limitation: • Vergütung nur bei Tetraplegie	1 Stück	95.40	90.64	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.07.00.1		Penisstütze zur Katheterisierung	1 Stück	11.49	10.92	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.13.11.00.1		Blockerspritze (Füllmedium für Ballon des Verweilkatheters)	1 Stück	5.37	4.84	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.13.15.00.1		Steriles, gebrauchsfertiges Spülsystem zur Katheterpflege und intravesikalen Instillation NaCl 0,9%, ≥100 ml	1 Stück	6.98	5.93	01.01.2014 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P

#### 15.14 Urin- / Sekret-Beinbeutel

Urin- / Sekret-Beinbeutel werden ebenfalls als Sekretbeutel im Kapitel 03.01 Applikationshilfen für die künstliche Ernährung angewendet.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.14.03.00.1		Urin- / Sekret-Beinbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.81	1.63	01.01.1999 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	P C B,P
15.14.04.00.1		Urin- / Sekret-Beinbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	5.92	5.33	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	B P C B,P
15.14.05.00.1		Urin-Beinbeutel mit Ablauf, steril geschlossenes System mit Tropfammer	1 Stück	4.82	4.34	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.14.06.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, unsteril	1 Stück	4.22	3.79	01.08.2007 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
15.14.07.00.1		Urin-Beinbeutel, mit Ablauf, anatomische Form, steril	1 Stück	5.92	5.33	01.08.2007 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.14.99.01.1		Beinbeuteltasche	1 Stück	11.64	9.90	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P
15.14.99.02.1		Haltebänder für Urinbeutel	1 Paar	14.25	12.83	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B P B,P

### 15.15 Urin- / Sekret-Bettbeutel

Urin- / Sekret-Beinbeutel werden ebenfalls als Sekretbeutel im Kapitel 03.01 Applikationshilfen für die künstliche Ernährung angewendet.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.15.01.00.1		Urin- / Sekret-Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril	1 Stück	0.95	0.76	01.01.1999 01.10.2021 01.10.2022	P C
15.15.03.00.1		Urin- / Sekret-Bettbeutel, mit Ablauf, unsteril	1 Stück	1.71	1.37	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	B P C B,P
15.15.04.00.1		Urin- / Sekret-Bettbeutel, mit Ablauf, steril	1 Stück	3.66	3.30	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	B P C B,P
15.15.99.01.1		Halterung / Befestigung für Bettbeutel	1 Stück	5.17	4.66	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P

## 15.16 Urinalkondome / Rolltrichter + Klebestreifen und Haftmittel

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.16.01.00.1		Urinal-Kondome / Rolltrichter aus Latex, ohne Klebestreifen	1 Stück	1.66	1.50	01.01.1998 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B P B,P
15.16.02.00.1		Urinal-Kondome / Rolltrichter klebend (auch für Produkte mit beiliegendem Haftstreifen und selbstklebende Produkte)	1 Stück	4.01	3.61	01.01.1998 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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	2.11	1.90	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.16.99.03.1		Kleber Tube für Urinalkondome, 28 g	1 Stück	7.28	6.55	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**15.17 Anale Irrigation**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.17.01.00.1		Anale Irrigation: Irrigationssystem inkl. Pumpe und Verbrauchsmaterial	pro Jahr (pro rata)	3'914.48	3'718.76	01.07.2011 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P

**15.20 Bettnässer-Therapiegeräte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.20.01.01.2	L	Bettnässer-Therapiegerät / Weckapparat, Miete Zur Behandlung der Enuresis bei Kindern.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nach vollendetem 5. Lebensjahr</li></ul>	Miete / Tag	0.94	0.85	01.01.2000 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.30.01.00.1		Scheidenpessar Aus Silikon, Gummi; alle Formen und Größen	1 Stück	56.16	50.55	01.01.2002 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B P B,P
15.30.01.01.1		Scheidenpessar Aus Vinyl; alle Formen und Größen	1 Stück	16.06	14.45	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
15.30.50.00.1		Einweg- und Kurzzeitpessar, inkl. Produkte zur kurzzeitigen (Tage bis wenige Wochen) Wiederverwendung	1 Stück	9.84	8.36	01.01.2002 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P

**15.40 Analtampons**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
15.40.01.00.1		Analtampon	1 Stück	6.72	6.05	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

## 16. KÄLTE- und / oder WAERMETHERAPIE-MITTEL

## 16.01 Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
16.01.01.00.1	L	<p>Wiederverwendbare Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie, Nutzfläche bis 300 cm<sup>2</sup></p> <p>Limitation:</p> <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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	10.64	9.58	01.01.1997 01.04.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C C,P B,P
16.01.02.00.1	L	<p>Wiederverwendbare Kissen / Kompressen zur Kälte- / Wärmetherapie, Nutzfläche über 300 cm<sup>2</sup></p> <p>Limitation:</p> <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 selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben</li> </ul>	1 Stück	18.97	17.07	01.01.1997 01.04.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C C,P B,P

**17. KOMPRESSIONSTHERAPIE-MITTEL**

Mittel zur Kompressionstherapie umfassen Produkte zur therapeutischen äusseren Druckapplikation bei Venen- und Lymphabflusstörungen 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 Reisethrombose 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 im Rahmen einer Pflegeleistung nach Artikel 25a KVG oder 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)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Kardiales Ödem und weitere Ödeme mit internistischer Ursache
- Inaktivitätsödem
- Posttraumatische Ödeme
- Postoperative Anwendung nach orthopädischen Eingriffen
- Postoperative Anwendung nach Lymphknotenchirurgie

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 Lymphknotenchirurgie maximal 1 Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.02.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: • siehe 17.02.	1 Paar	70.01	63.01	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.02.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: • siehe 17.02	1 Paar	178.66	160.79	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.02.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: • siehe 17.02	1 Paar	99.42	89.48	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.02.01.04.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: • siehe 17.02	1 Paar	243.90	219.51	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.02.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: • siehe 17.02	1 Paar	100.57	90.51	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.02.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklasse 2 (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: • siehe 17.02	1 Paar	245.91	221.32	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.02.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung	1 Stück	109.91	98.92	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021	N B,C P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Limitation: • siehe 17.02				01.01.2022 01.01.2024	C B,P
17.02.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass	1 Stück	291.08	261.97	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
		Limitation: • siehe 17.02					
17.02.01.09.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung	1 Stück	155.58	147.80	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C B,P
		Limitation: • siehe 17.02					
17.02.01.10.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-TU Maternity), Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass	1 Stück	302.12	287.01	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
		Limitation: • siehe 17.02					
17.02.01.11.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung	1 Stück	44.01	41.81	01.07.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C B,P
		Limitation: • siehe 17.02					
17.02.01.12.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, (23-32 mmHg), rundgestrickt, nach Mass	1 Stück	74.53	70.80	01.07.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C B,P
		Limitation: • siehe 17.02					

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

## Limitation:

Vergütung nur bei Abgabe im Rahmen einer Pflegeleistung nach Artikel 25a KVG oder 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)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose

Maximal zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr.

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

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.03.01.01.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{mmHg}$ ), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: • siehe 17.03	1 Paar	75.18	67.66	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.03.01.02.1	L	Med. Kompressionswadenstrumpf (A-D), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: • siehe 17.03	1 Paar	182.68	173.54	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.03.01.03.1	L	Med. Kompressions-Halbschenkelstrumpf (A-F), Kompressionsklassen 3 und 4 ( $\geq 34\text{ mmHg}$ ), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: • siehe 17.03	1 Paar	86.97	78.28	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,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 17.03	1 Paar	243.90	231.71	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.03.01.05.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.03.</li></ul>	1 Paar	105.84	95.26	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.03.01.06.1	L	Med. Kompressionsschenkelstrumpf (A-G), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.03</li></ul>	1 Paar	284.05	269.85	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.03.01.07.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, Serienfertigung  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.03</li></ul>	1 Stück	130.48	117.43	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N B,C P C B,P
17.03.01.08.1	L	Med. Kompressionsstrumpfhosen (A-T), Kompressionsklassen 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg) rundgestrickt, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.03</li></ul>	1 Stück	293.08	278.43	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C,V B,P
17.03.01.10.1	L	Med. Armkompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 3 und 4, ( $\geq 34$ mmHg), rundgestrickt, nach Mass  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.03</li></ul>	1 Stück	80.55	76.52	01.07.2019 01.10.2021 01.01.2022 01.01.2024	N P C B,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	1 Set	96.96	87.26	01.01.2003 01.04.2019 01.10.2021	B,C P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		<p>Limitation: 2 Sets pro betroffenes Bein und Jahr.</p> <p>Für folgenden Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcus cruris (Stadium C6)</li> <li>• chronische venöse Insuffizienz, Stadium C5, wenn eine besonders vulnerable Hautsituation es erfordert und medizinische Kompressionsstrümpfe (gemäss Kapitel 17.02 bis 17.03) nicht benutzt werden können</li> </ul>				01.01.2024	B,P
17.05.02.00.1	L	<p>Diabetes-Unterschenkel-Kompressionsstrumpf mit einem Kompressionsdruck von 18–25mmHg, rundgestrickt, Serienfertigung</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostizierter Diabetes Mellitus mit Polyneuropathie und mindestens einer der folgenden Indikationen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Venöse Beinbeschwerden (Stadien C1, C2, C3 nach CEAP-Klassifikation)</li> <li>• Chronische venöse Insuffizienz in den ausgeprägten Stadien (C3, C4a, C4b, C5, C6)</li> <li>• Lymphödem (Grad 1)</li> <li>• Kardiales Ödem und weitere Ödeme mit internistischer Ursache</li> <li>• Inaktivitätsödem</li> <li>• posttraumatische Ödeme</li> <li>• Postoperative Anwendung nach orthopädischen Eingriffen</li> <li>• Postoperative Anwendung nach Lymphknotenchirurgie</li> <li>• max. zwei Paar Kompressionsstrümpfe pro Jahr</li> </ul> </li> </ul>	1 Paar	53.20	50.54	01.07.2024	N

#### 17.06 Medizinisch adaptive Kompressionssysteme (MAK)

Medizinisch adaptive Kompressionssysteme (MAK) bestehen aus einer manschettenartigen, nicht elastischen Bandage, die sich vollständig öffnen lässt. Sie wird um die betroffene Extremität gewickelt und mithilfe eines Klettverschlusses (oder eines ähnlichen kohäsiven Mechanismus) geschlossen, wodurch sie angepasst werden kann. Durch Lockern oder Anziehen der Verschlüsse kann die Kompression an den Umfang der zu behandelnden Gliedmasse(n) angepasst werden (z. B. bei abnehmenden Ödemen).

MAK werden zur Entstauung bei einer chronischen venösen Insuffizienz oder einem Lymphödem eingesetzt. Diese Kompressionssysteme dürfen nur bei Patientinnen und Patienten angewendet werden, die nach der Instruktion durch qualifiziertes Personal in der Lage sind, die anpassbaren Kompressionssysteme selbstständig zu handhaben.

Limitation:

- für folgende Indikationen:
  - Chronische venöse Insuffizienz in den Stadien C3 / C4a / C4b / C5
  - Lymphödem (Grad II-III)
- max. 1 Set pro betroffene Gliedmasse pro 6 Monate
- keine Vergütung bei zeitgleicher Anwendung mit den Positionen 17.02, 17.03 und 17.15 bei gleicher Gliedmasse

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.06.01.00.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Arm, inklusive 1 Unterziehstrumpf	1 Stück	279.41		01.07.2024	N
17.06.01.01.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Fuss, inklusive 1 Unterziehstrumpf	1 Stück	90.54		01.07.2024	N
17.06.01.02.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Wade, inklusive 1 Unterziehstrumpf	1 Stück	167.82		01.07.2024	N
17.06.01.03.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Knie, inklusive 1 Unterziehstrumpf	1 Stück	125.55		01.07.2024	N
17.06.01.04.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Oberschenkel, inklusive 1 Unterziehstrumpf	1 Stück	228.91		01.07.2024	N
17.06.01.10.1	L	Medizinisch adaptives Kompressionssystem, Zubehör: Extensionsbinde, die mit den Positionen 17.06.01.02.1, 17.06.01.03.1 und 17.06.01.04.1 kombiniert und angepasst werden kann	1 Stück	32.75		01.07.2024	N

## 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.12.01.00.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Gleithilfen  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.12.01</li></ul>	1 Stück	39.14		01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B
17.12.01.01.1	L	Anziehhilfen für med. Kompressionsstrümpfe: Rahmengestelle / Rollmanschetten  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.12.01 und</li><li>• Vergütung nur sofern der Patient aufgrund einer eingeschränkten Beweglichkeit keine Gleithilfe verwenden kann.</li></ul>	1 Stück	92.44		01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B

### 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:

Für folgende 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
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Chron. Ödem nach Revaskularisierung
- Chronische venöse Insuffizienz in den Stadien C5 / 6, sofern eine rundgestrickte Versorgung aufgrund der Beinmasse nicht möglich ist
- Chronische venöse Insuffizienz bei langfristig immobilen Patienten
- Keloidbehandlung
- Narbentherapie nach Verbrennungen, Verbrühungen oder chirurgischen Eingriffen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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. Januar 2024, 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 P 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	C C C C C C C C C
17.15.02.00.1	L	Hand-Kompressionsbandage nach Mass, flachgestrickt (ohne oder mit Pelotten)				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019	C C

		Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif in der Fassung vom 1. Januar 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.15</li></ul>				01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	C P C C C
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. Januar 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.15</li></ul>				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	C C C C P C C C
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. Januar 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.15</li></ul>				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	C C C C P C C C
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. Januar 2024, zu TP-Wert Fr. 1.00 zzgl. MWST  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos. 17.15</li></ul>				01.01.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	C C C C P C C C

## 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 Luftpuffern 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:

- Unerfüllter 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 Pflege	Gültig ab	Rev.
17.20.01.00.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 10-12-Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <math>\geq</math> 100ml (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann.</li> <li>• 1 Gerät max. alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	2'609.66	2'479.17	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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 Gerät-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate	Miete / Tag	2.61	2.48	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P

		Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos.: 17.20.01</li></ul>					
17.20.01.00.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (10-12-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	521.93	469.74	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.20.01.01.1	L	Apparat zur intermittierenden pneumatischen Kompression 4-8 Kammersystem (exkl. Manschette), Kauf  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 <math>\geq</math> 100ml (Volumenberechnung des Ödems durch Umfangmessung nach Kuhnke oder mittels Optoelektronischer Messung vor und nach Therapieversuch) und eine Besserung der Lebensqualität nachgewiesen werden kann.</li><li>• 1 Gerät max. alle 5 Jahre</li></ul>	1 Stück	1'455.39	1'382.62	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
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 Gerät-Kauf. Max. Mietdauer 3 Monate  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe Pos.: 17.20.01</li></ul>	Miete / Tag	1.86	1.77	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.20.01.01.3		Zubehör (Manschette) zur intermittierenden pneumatischen Kompression, Kauf (4-8-Kammersystem) 1 Manschette max. alle 5 Jahre	1 Stück	271.00	243.90	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.01.01.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 6 cm x 5 m	1 Stück	7.28	5.82	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.01.02.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 8 cm x 5 m	1 Stück	9.99	7.49	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.01.03.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 10 cm x 5 m	1 Stück	12.09	9.07	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.01.04.1		Elastische Binden, Kompression, Kurzzug Breite 12 cm x 5 m	1 Stück	14.05	11.94	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

##### 17.30.01b Elastische Binden, Kompression, Langzug

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.01.10.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 8 cm x 7 m	1 Stück	14.75	14.02	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.01.11.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug	1 Stück	19.12	18.17	01.10.2018 01.10.2021	N P

		Breite 10 cm x 7 m				01.01.2024	B,P
17.30.01.12.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 12 cm x 7 m	1 Stück	20.88	19.83	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.01.13.1		Elastische Binden, Kompression, Langzug Breite 15 cm x 7 m	1 Stück	27.30	25.94	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 17.30.01c Zinkleimbinden

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.01.20.1		Zinkleimbinden Länge 5 m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	13.70	12.34	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P
17.30.01.21.1		Zinkleimbinden Länge 7 m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	18.67	15.87	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P
17.30.01.22.1		Zinkleimbinden Länge 9 m, Breite ca. 9 cm	1 Stück	25.04	21.29	01.10.2018 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B P B,P

### 17.30.01d 2-Lagen-Kompressionssysteme

Das 2-Lagen-Kompressionssystem bietet eine therapeutische Kompression, die für die versicherte Person angenehm und einfach anzuwenden ist. Es ist in zwei Formen erhältlich: Als Set pro Bein (weiche Kompressionsbinde und kohäsive Binde in einer Packung) und / oder als einzelne Binden.

Limitation:

- Die Produkte werden nur bei einer Mindestanwendungsdauer von drei Tagen vergütet
- In medizinisch begründeten Fällen (z.B. starke Ödeme) können bei Bedarf zusätzliche Komponenten vergütet werden

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.01.30.1	L	2-Lagen-Kompressionssystem. Verkehrsfähiges Set aus mindestens zwei Komponenten.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.30.01d</li></ul>	1 Set		22.48	01.10.2022 01.01.2024	N P
17.30.01.31.1	L	2-Lagen-Kompression: 1. Lage (Kompressionsbinde weich). Einzeln erhältliche Komponente eines verkehrsfähigen 2-Lagen-Kompressionssystems.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.30.01d</li></ul>	1 Stück		10.39	01.10.2022 01.01.2024	N P
17.30.01.32.1	L	2-Lagen-Kompression: 2. Lage (kohäsive Binde). Einzeln erhältliche Komponente eines verkehrsfähigen 2-Lagen-Kompressionssystems.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 17.30.01d</li></ul>	1 Stück		15.56	01.10.2022 01.01.2024	N 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.05.01.1		Frotteeschlauch, 4 cm	Pro m	2.76	2.49	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.05.02.1		Frotteeschlauch, 6 cm	Pro m	6.32	5.69	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.05.03.1		Frotteeschlauch, 8 cm	Pro m	7.13	6.41	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
17.30.05.04.1		Frotteeschlauch, 10 cm	Pro m	5.07	4.57	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**17.30.05b Polsterbinde, natur oder synthetisch**

Limitation: Nicht mit Frotteeschlauch kumulierbar

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
17.30.15.00.1	L	Pelotte Schaumstoff  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung nur in Kombination mit einer Kompressionstherapie</li></ul>	1 Stück	4.97	4.48	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

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

Gerätereparaturen 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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:<ul style="list-style-type: none"><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></li></ul>	1 Stück	50.69	Kategorie A	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B
21.01.05.00.1	L	Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter, Kauf  Limitation: <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></ul>	1 Stück	1'455.39	1'382.62	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	N C P C B,P

		<ul style="list-style-type: none"> <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 1. Juli 2015, revidiert am 17. Juni 2021) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)<sup>15</sup></li> </ul>					
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 1. Juli 2015, revidiert am 17. Juni 2021) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)<sup>16</sup></li> </ul>	Miete / Tag	1.46	1.39	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	N C P C B,P
21.01.05.01.1		Verbrauchsmaterial (Sensoren) für Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor (inkl. Alarm- und Speicherfunktion) mit externem Pulsoxymeter Anwendbar mit Pos. 21.01.05.00.1 und 21.01.05.00.2	Pauschale / Tag	4.42	3.97	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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)</li> </ul>	Miete / Tag	5.82	5.53	01.10.2020 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	N C P C B,P

<sup>15</sup> Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

<sup>16</sup> Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

		<p>Syndrome, Epilepsie, Herzfehler) bei welchen aufgrund der Diagnose eine EKG-Überwachung unerlässlich ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 1. Juli 2015, revidiert am 17. Juni 2021) oder Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016)<sup>17</sup></li> </ul>					
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	11.99	10.80	01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
21.01.10.00.1	L	<p>Peak-Flow-Meter, Kauf</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	38.79	36.86	01.01.1998 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
21.01.15.00.1	L	<p>Portables Spirometriegerät (inkl. Mundstück)</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nur bei lungentransplantierten Versicherten</li> <li>max. 1 Gerät alle 5 Jahre</li> </ul>	1 Stück	501.86	476.76	01.01.2013 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P
21.01.15.01.1	L	<p>Wartung, Kalibrierung, Desinfektion</p> <p>Spirometriegerät</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>max. 1 mal pro Jahr</li> </ul>	pro Jahr	120.45	114.42	01.01.2013 01.10.2020 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P

<sup>17</sup> Die Dokumente sind einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.02.01.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und / oder Mess-System  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Gerät alle zwei Jahre.</li></ul>	1 Stück	43.16	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	C P B
21.02.03.00.1	L	Blutzucker-Messgerät und / oder Mess-System mit integrierter Stechhilfe  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Gerät alle zwei Jahre.</li></ul>	1 Stück	58.47	55.55	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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	108.25	102.84	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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 Herzkappenersatz</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 <sup>18</sup> entsprechend den Leitfäden der Stiftung CoagulationCare in der Version 2016 vorweisen.	1 Stück	853.16	810.50	01.01.2018 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	C P C B,P
21.02.20.00.1		Lanzettenautomat / Stechgerät	1 Stück	22.58	Kategorie A	01.03.2018	C

<sup>18</sup> Das Dokument ist einsehbar unter:[www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Für die Anwendung von Lanzetten zur Blutentnahme für Selbstkontrollen von Blutzucker und / oder oraler Antikoagulation				01.10.2021 01.01.2024	P B

### 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</p> <p>Ohne Mengenbeschränkung bei insulinpflichtigen Diabetikern und bei Patientinnen mit Diabetes in der Schwangerschaft</p> <p>Limitation:</p> <p>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> </ul>	1 Stück	0.62	Kategorie A	01.07.2018 01.01.2019 01.04.2021 01.10.2021	B B,C C P

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hämoglobinopathien, bei welchen die HbA1C-Bestimmungen nicht verlässlich sind</li> </ul>					
21.03.01.03.1		Reagenzträger für Blutketonbestimmungen zur Auswertung und Wertanzeige mittels Gerät	1 Stück	2.81	2.53	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
21.03.05.00.1		Lanzetten für Stechgeräte, für Einmalgebrauch	1 Stück	0.12	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2022	B,C P C,P
21.03.05.01.1		Sicherheitslanzetten zur kapillaren Blutgewinnung	1 Stück		0.23	01.10.2022	N
21.03.10.10.1		Alkoholtupfer, imprägniert	1 Stück	0.05	Kategorie A	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2022	B,C P P
21.03.20.00.1	L	Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>maximal 48 Stück pro Jahr</li></ul>	24 Stück	127.77	115.00	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C C,P B,P
21.03.20.01.1	L	Teststreifen zur quantitativen Bestimmung der Thromboplastinzeit  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>maximal 48 Stück pro Jahr</li></ul>	48 Stück	224.18	201.77	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C C,P B,P

#### 21.04 In-vitro-Diagnostica; Reagenzien für Urinanalysen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.04.05.00.1		Reagenzträger für Urinzuckerbestimmungen	50 Stück	13.20	11.88	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
21.04.10.00.1		Reagenzträger für kombinierte Bestimmung des Zuckers und der Ketonkörper im Urin	50 Stück	14.91	13.42	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P
21.04.20.00.1		Reagenzträger für Albuminbestimmung im Urin	50 Stück	13.95	12.56	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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 fort dauernden Therapieerfolges erforderlich
- Der Wechsel zwischen einzelnen Markenprodukten/ einzelnen Systemen ist nach frühestens 6 Monaten möglich

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	2.66	2.53	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
21.05.02.00.3	L	Verbrauchsmaterial für kontinuierliches Glukosemonitoring (Glukosesensoren, Setzhilfe)	Pauschale / Tag	11.74	10.57	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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	1.91	1.82	01.03.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
21.06.01.00.1	L	Lesegerät  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Gerät alle 3 Jahre</li><li>• Bei Verwendung als Blutzuckermessgerät ist die Verrechnung der Position 21.03.01.01.1 für die Teststreifen statthaft.</li></ul>	1 Stück	65.54	65.54	01.07.2017 01.07.2019 01.10.2021 01.07.2022 01.01.2024	N V P V B,P
21.06.02.00.1	L	Sensoren (ohne Kalibrierung während der Tragedauer) Nicht anwendbar mit 21.05	Pauschale / Tag	4.85	4.85	01.07.2017 01.04.2019 01.07.2019 01.10.2021 01.07.2022 01.01.2024	N C V P B,C,P,V B,P

## 22. FERTIGORTHESEN

Orthesen zur Immobilisierung werden bei Indikationen eingesetzt, bei denen das betroffene Körperteil ruhiggestellt werden muss (z.B. Frakturen, Bandrupturen). Orthesen zur Stabilisierung helfen instabile Gelenke zu stabilisieren. So bieten Stabilisierungsothesen für das Sprunggelenk beispielsweise einen sicheren Halt gegen das seitliche Umknicken. Orthesen zur Mobilisierung ermöglichen eine kontrollierte Rückführung von erkrankten Gelenken in den physiologischen Bewegungsumfang.

Produkte in definierter Position bieten keine zusätzlichen Einstellmöglichkeiten. Sie werden meistens in Schalenkonstruktionen (an einem Stück) hergestellt und nach der Anatomie des Menschen und den Anforderungen der Medizin gebaut und ohne weitere Veränderungen / Anpassungen (= ready to use) abgegeben (z.B. Lagerungsschienen). Produkte mit einstellbarer Position können zur gezielten Bewegungsbegrenzung genutzt werden. Je nach Therapieverlauf kann die Gelenkbeweglichkeit von ganz gesperrt bis ganz frei eingestellt werden.

Vergütung nur bei Abgabe im Rahmen einer Pflegeleistung nach Art. 25a KVG oder durch eine Abgabestelle, die einen Vertrag mit dem Versicherer gemäss Artikel 55 KVV hat, der die notwendigen Qualitätsanforderungen beinhaltet - insbesondere Vermessung, Anprobe und persönliche Beratung bezüglich Handhabung und Nebenwirkungen (u. a. Wechselwirkung mit anderen Hilfsmitteln, allfälligen Allergien) durch qualifiziertes Personal. Fertigorthesen, die aufgrund einer durch die versicherten Personen selbst erfolgten Vermessung abgegeben werden, sind nicht leistungspflichtig.

### 22.01 Vor- und Mittelfuss

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.01.01.00.1		Hallux-Valgus-Korrekturothese	1 Stück	27.70	24.89	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
22.01.02.00.1		Hallux-Valgus-Korrekturothese mit Gelenk	1 Stück	120.95	108.90	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

### 22.02 oberes / unteres Sprunggelenk

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.02.01.00.1		Sprunggelenk-Orthese zur Stabilisierung (U-Schiene: gepolsterte, flexibel miteinander verbundene Stabilisierungselemente, Fixierung durch Gurte), definierte Position	1 Stück	87.22	78.49	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.02.02.00.1		Sprunggelenk-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	84.51	76.08	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.02.03.00.1		Sprunggelenk-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	99.57	89.63	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.02.04.00.1		Sprunggelenk-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	176.55	158.89	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.02.10.00.1		Sprunggelenk-Orthese zur Mobilisierung, definierte Position, abrüstbar	1 Stück	153.87	138.51	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

### 22.03 Fuss- / Unterschenkel

Bei den Fuss-Orthesen ist der Unterschenkel mit eingeschlossen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.03.01.00.1		Fusslagerungs-Orthese (Nachtschiene), definierte oder einstellbare Position	1 Stück	141.62	127.47	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.03.03.00.1		Fuss-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	169.93	152.97	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.03.04.00.1		Fuss-Orthese zur Immobilisierung, einstellbare Position	1 Stück	198.74	178.86	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.03.05.00.1		Fussheber-Orthese	1 Stück	79.29	71.36	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

### 22.04 Knie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.04.01.00.1		Kniegelenk-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	161.30	145.14	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.04.02.00.1		Kniegelenk-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	218.91	197.03	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.04.03.00.1		Kniegelenk-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	106.69	96.06	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.04.04.00.1		Kniegelenk-Orthese zur Immobilisierung, einstellbare Position	1 Stück	105.39	94.85	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.04.05.00.1		Kniegelenk-Orthese zur Mobilisierung, definierte Position, abrüstbar	1 Stück	211.68	190.50	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.04.10.00.1		Patellasehnenband mit Pelotte(n)	1 Stück	48.68	43.86	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 22.05 Hüfte

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.05.02.00.1		Hüftgelenk-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	222.32	200.14	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 22.06 Finger

Daumen-Orthesen sind den Finger-Orthesen subsumiert. Daumen-Handgelenk-Orthesen sind im Unterkapitel Hand gelistet.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.06.01.00.1		Finger-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	60.62	54.60	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.06.03.00.1		Finger-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	56.81	51.09	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.06.04.00.1		Finger-Orthese zur Immobilisierung, einstellbare Position	1 Stück	60.12	54.10	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.06.05.00.1		Finger-Orthese zur Mobilisierung	1 Stück	65.24	58.72	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 22.07 Hand

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.07.01.00.1		Hand-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	64.24	57.81	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.07.02.00.1		Hand-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	46.67	42.06	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.07.03.00.1		Hand-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	54.00	48.58	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.07.04.00.1		Hand-Orthese zur Immobilisierung, einstellbare Position	1 Stück	86.22	77.59	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.07.05.00.1		Hand-Orthese zur Mobilisierung, definierte Position, abrüstbar	1 Stück	104.29	93.85	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 22.08 Ellenbogen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.08.03.00.1		Ellenbogen-Orthese zur Immobilisierung, definierte Position	1 Stück	39.95	35.93	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.08.04.00.1		Ellenbogen-Orthese zur Immobilisierung, einstellbare Position	1 Stück	121.05	108.90	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.08.05.00.1		Ellenbogen-Orthese zur Mobilisierung, definierte Position, abrüstbar	1 Stück	309.45	278.53	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.08.06.00.1		Ellenbogen-Orthese mit Pelotte(n) zur Entlastung der Muskelursprünge (Epicondylitis-Spange)	1 Stück	55.61	50.09	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

#### 22.09 Schultergürtel

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.09.01.00.1		Schultergürtel-Orthese zur Immobilisierung und / oder Lagerung in definierter Position (z.B. Gilchrist)	1 Stück	91.34	82.20	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
22.09.02.00.1		Schultergürtel-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	233.66	210.28	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.09.03.00.1		Schultergürtel-Orthese zur Entlastung, Schulterabduktionsorthese / Schulterabduktionskissen	1 Stück	167.62	150.86	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.09.05.00.1		Schlüsselbeinbandage (Rucksackverband) mit extendierenden Gurtbandagen und regulierbaren Verschlüssen	1 Stück	63.74	57.41	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

#### 22.11 Becken

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.11.01.00.1		Becken-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position (z.B. Symphysengürtel)	1 Stück	136.61	122.95	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 22.12 Halswirbelsäule

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.12.01.00.1		Cervikalstütze	1 Stück	37.84	34.03	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
22.12.02.00.1		Cervikalstütze mit Verstärkung	1 Stück	46.87	42.16	01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P

**22.13 Brustwirbelsäule und Thorax**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.13.01.00.1	L	Thorax-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position (z.B. Sternum-Stützorthese)  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• nur nach Sternotomien</li></ul>	1 Stück	300.51	270.50	01.01.2012 01.10.2021 01.04.2022 01.01.2024	P B,C,P B,P
22.13.02.00.1		Brustwirbelsäulen-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	91.94	82.71	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

**22.14 Lendenwirbelsäule**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.14.01.00.1		Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Stabilisierung mittels dorsalen Stäben, definierte Position	1 Stück	113.92	102.58	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.14.02.00.1		Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Stabilisierung mittels dorsalen Stäben und Pelotte(n), definierte Position	1 Stück	201.75	181.57	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.14.04.00.1		Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Immobilisierung mittels Schalensystem, definierte Position	1 Stück	313.66	282.34	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.14.06.00.1		Lendenwirbelsäulen-Orthese zur Mobilisierung, definierte Position, abrüstbar	1 Stück	276.92	249.22	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

**22.15 Wirbelsäule**

Wirbelsäulen-Orthesen üben ihre Funktion sowohl im Lendenwirbel- als auch im Brustwirbelsäulenbereich aus.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
22.15.01.00.1		Wirbelsäulen-Orthese zur Stabilisierung, definierte Position	1 Stück	494.13	444.75	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
22.15.02.00.1		Wirbelsäulen-Orthese zur Stabilisierung, einstellbare Position	1 Stück	443.44	399.08	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

## 23. MASSORTHESEN

Wenn bei der MiGeL-Position kein Höchstvergütungsbetrag genannt ist, erfolgt die Vergütung gemäss Positionen des SVOT-Tarifs in der Fassung vom 1. Januar 2024, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss Positionen des OSM Tarif, Generierung vom 30.November 2023, Taxpunktwert CHF 1.00 zzgl. MWST

### 23.02 Sprunggelenk

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.02.01.00.1		Sprunggelenks-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

### 23.03 Unterschenkel

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.03.01.00.1		Unterschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.2000 01.10.2021 01.04.2022	P C

### 23.04 Knie

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.04.01.00.1		Knie-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.05 Oberschenkel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.05.01.00.1		Oberschenkel-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.2000 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.06 Hüfte**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.06.01.00.1		Hüft-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.07.2022	P C

**23.10 Rumpf**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.10.01.00.1		Rumpf-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.07.2022	P C

**23.11 Halswirbelsäule**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.11.01.00.1		Halswirbelsäule-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.20 Finger**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.20.01.00.1		Finger-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.21 Hand**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.21.01.00.1		Hand-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.22 Unterarm**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.22.01.00.1		Unterarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.23 Ellenbogen**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.23.01.00.1		Ellenbogen-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.24 Oberarm**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.24.01.00.1		Oberarm-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

**23.25 Schulter**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
23.25.01.00.1		Schulter-Orthesen diverse Vergütung: siehe Kap. 23.				01.01.1999 01.10.2021 01.04.2022	P C

## 24. PROTHESEN

### 24.01 Augenprothesen

Es wird entweder eine Glas- oder eine Kunststoffprothese vergütet.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	778.33	778.33	01.01.2018 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,C C P B,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	3'628.93	3'628.93	01.01.2018 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C B,C C P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
24.02.01.00.1	L	Definitive Brust-Exoprothese, pro Seite  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nach Mamma Teil- / Total-Amputation oder Agenesie / Aplasie der Mamma.</li></ul>	pro Jahr	190.71	171.64	01.01.2001 01.07.2019 01.10.2021 01.01.2024	C B,C,P B,P
24.02.01.01.1		Brust-Exoprothesen-Büstenhalter (BH mit Tasche) und Zubehör	pro Jahr	100.37	90.33	01.01.2001 01.07.2019 01.10.2021 01.01.2024	C B,C,P B,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	150.56	143.03	01.10.2021 01.01.2024	N B,P
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	37.64	35.78	01.10.2021 01.01.2024	N B,P

**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, inkl. notwendige Anpassungen und Prothesenzubehör (Prothesenstrümpfe usw.) Vergütung gemäss Positionen SVOT-Tarif, in der Fassung vom 1. Januar 2024, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST. oder gemäss OSM-Tarif, Generierung vom 30. November 2023, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST.				01.01.2017 01.07.2019 01.07.2021 01.10.2021 01.04.2022 01.07.2022 01.07.2023 01.07.2024	B C C P C C C C

## 25. SEHHILFEN

## 25.01 Brillen / Kontaktlinsen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
25.01.01.00.1	L	Brillen / Kontaktlinsen  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• für die Brillen- / Kontaktlinsen-Verordnung wird 1 augenärztliches Rezept pro Jahr benötigt. Eventuelle zwischenzeitliche Folgeanpassungen können durch den Optometristen und die Optometristin erfolgen.</li><li>• bis zum vollendeten 18. Altersjahr</li><li>• nicht anwendbar mit Pos. 25.02.04.00.1</li></ul>	pro Jahr	180.67	180.67	01.07.2014 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	V P B,P C

## 25.02 Brillen / Kontaktlinsen Spezialfälle

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
25.02.01.00.1	L	Spezialfälle Brillen / Kontaktlinsen inkl. Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin  Alle Altersgruppen. Jährlich, pro Seite.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• bei Refraktionsänderung:<ul style="list-style-type: none"><li>• krankheitsbedingt</li><li>• medikamentenbedingt</li><li>• operationsbedingt</li></ul></li><li>• nicht anwendbar mit Pos. 25.02.04.00.1</li></ul>	pro Jahr	180.67	180.67	01.01.2000 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	P B,P C
25.02.02.00.1	L	Spezialfälle für Kontaktlinsen I  Alle Altersgruppen. Inbegriffen: Kontaktlinsen und Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin.  Limitation:	alle 2 Jahre	271.00	271.00	01.01.1998 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	P B,P C

		<ul style="list-style-type: none"> <li>alle 2 Jahre pro Seite</li> <li>Visus um 2 / 10 verbessert gegenüber Brille</li> <li>zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Limitationen erfüllt sein:           <ul style="list-style-type: none"> <li>bei Myopie &lt; -8,0 Dioptrien</li> <li>bei Hyperopie &gt; +6,0 Dioptrien</li> <li>Anisometropie ab 3,0 Dioptrien, falls Beschwerden</li> <li>Astigmatismus &lt; - 3,0 Dioptrien</li> </ul> </li> <li>nicht anwendbar mit Pos. 25.02.03.00.1, 25.02.03.01.1 und 25.02.04.00.1</li> </ul>					
25.02.03.00.1	L	<p>Spezialfälle für Kontaktlinsen II Alle Altersgruppen; ohne zeitliche Limitierung; pro Seite. Inbegriffen: Kontaktlinsen und Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein:           <ul style="list-style-type: none"> <li>irregulärer Astigmatismus</li> <li>Hornhauterkrankungen oder -verletzungen</li> <li>Status nach Hornhaut-Operation</li> <li>Iris-Defekte</li> </ul> </li> <li>nicht anwendbar mit Pos. 25.02.02.00.1 und 25.02.04.00.1</li> </ul>	pro Seite	632.34	632.34	01.01.1998 01.10.2021 01.01.2024 01.07.2024	P B,P C
25.02.03.01.1	L	<p>Spezialfälle für Brillen II Alle Altersgruppen; ohne zeitliche Limitierung. Inbegriffen: Brille inkl. Brillengläser und Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mindestens eine der folgenden Limitationen muss erfüllt sein:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Irregulärer Astigmatismus</li> <li>Hornhauterkrankungen oder -verletzungen</li> <li>Status nach Hornhaut-Operation</li> <li>Iris-Defekte</li> </ul> </li> <li>nicht anwendbar mit Pos. 25.02.02.00.1 und 25.02.04.00.1</li> </ul>	pro Brille	632.34	632.34	01.07.2024	N
25.02.04.00.1	L	Spezialfälle Brillen / Kontaktlinsen III	pro Jahr	850.00	850.00	01.07.2024	N

		<p>inkl. Anpassung durch den Optometristen und die Optometristin und Anpasslinsen</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progrediente Myopie (nachgewiesen mit entsprechender überdurchschnittlicher axialer Augenlänge, gemäss aktuellen Wachstumstabellen und einer Progression von mindestens 0.50 Dioptrien / Jahr), welche zu hoher Myopie (&lt; -5.00 Dioptrien) führen kann oder bereits hohe Myopie (&lt; -5.00 Dioptrien) mit weiterer Progression von mindestens 0.50 Dioptrien / Jahr</li> <li>• Vergütung nur bei Behandlung mit Brillen und Kontaktlinsen, die nachweislich eine Hemmung der Myopieprogression bewirken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multifokale Kontaktlinsen mit peripherer Zusatzoptik (peripherer Defokus)</li> <li>• Orthokeratologie-Linsen</li> <li>• Brillengläser, zur Myopiekontrolle, auf Basis eines multifokalen- oder peripheren Defokus Prinzips</li> </ul> </li> <li>• Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Ophthalmologie mittels Verordnungsformular mit mindestens Angaben zur axialen Augenlänge, Nachweis der Progression und bestehendem Myopiegrad</li> <li>• bis zum vollendeten 21. Altersjahr</li> <li>• nicht anwendbar mit Pos. 25.01.01.00.1, 25.02.01.00.1, 25.02.02.00.1, 25.02.03.00.1 und 25.02.03.01.1</li> </ul>					
--	--	--	--	--	--	--	--

### 25.03 Brillen-Folien

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
25.03.01.00.1		Brillen-Okklusivfolie	1 Stück	6.93		01.07.2023 01.01.2024	N B

## 26. ORTHOPÄDISCHE SCHUHE

### Orthopädische Serien- und Massschuhe

Orthopädische Serienschuhe bestehen aus einem Halbfabrikat oder speziellen Schuhmodellen und werden angefertigt, sofern mit einfacheren Massnahmen (orthopädische Schuhzurichtungen oder orthopädische Schuheinlagen) kein befriedigendes Resultat erreicht werden kann.

Bei sehr komplexen Fällen werden orthopädische Massschuhe über einen individuell für den Patienten angefertigten Leisten hergestellt.

### Orthopädische Spezialschuhe

Orthopädische Spezialschuhe sind konfektionierte Schuhe, die besondere Elemente wie Abrollung, Dämpfung, Entlastung oder Stabilisierung besitzen. Sie werden in folgende Kategorien unterteilt:

- Spezialschuhe für Schuheinlagen zum Tragen loser Schuheinlagen weisen eine erhöhte Hinterkappe auf und besitzen ein entsprechendes Volumen
- Spezialschuhe für Orthesen sind konzipiert zum Tragen von Orthesen, weisen eine erhöhte Hinterkappe auf und besitzen ein entsprechendes Volumen.
- Spezialschuhe für Verbände werden nur interimsmäßig getragen und kommen bei akuten Schwellungen, Wundverbänden, Ulzerationen oder Frakturen zum Einsatz.
- Spezialschuhe für Stabilisation haben einen knöchelübergreifenden hohen Schaft und integrierte Stabilisierungselemente. Ihr Anwendungsbereich liegt in funktionellen Behandlungsmassnahmen nach Kapsel-Bandläsionen des Sprunggelenks und in der Ruhigstellung im Bereich der Fußgelenke. Die Stabilisierungshilfe wird auch bei Band- und Muskelinsuffizienzen, bei Funktionsstörungen im Fuß und Unterschenkel sowie bei Lähmungen eingesetzt.
- Therapeutische Kinderschuhe werden vorwiegend zur Therapie von Sichelfüßen, Klumpfüßen oder nach Klumpfussoperationen sowie bei pathologischem Gangbild eingesetzt.

### Orthopädische Schuheinlagen

Orthopädische Schuheinlagen werden zur Entlastung, Führung und Stützung des Fusses, je nach den Erfordernissen der Beschwerden, individuell angefertigt. Sie können ausgewechselt, d.h. in verschiedenen Schuhen getragen werden.

### Orthopädische Schuhzurichtungen

Orthopädische Schuhzurichtungen (Änderungen und Anpassungen an konfektionierten Schuhen) bezeichnen die Linderung von Funktionsausfällen, die Ermöglichung therapeutischer Massnahmen oder die Anpassung an pathologische Fußformen. Sie ergänzen in bestimmten Fällen auch die Versorgung mit orthopädischen Fußeinlagen, Innenschuhen, Orthesen und Prothesen.

Wenn bei der MiGeL-Position kein Höchstvergütungsbetrag genannt ist, erfolgt die Vergütung gemäss Positionen OSM-Tarif, in der Generierung vom 30. November 2023, zu TP-Wert CHF 1.00 zzgl. MWST.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
26.01.01.00.1	L	Orthopädische Schuheinlagen Vergütung siehe Kap. 26  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• nach Fussoperation</li><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.01.1999 01.07.2019 01.10.2021 01.04.2022	C P C
26.01.02.00.1		Orthopädische Schuhzurichtungen Vergütung siehe Pos. 26				01.04.2022	N
26.01.03.00.1	L	orthopädische Serienschuhe und orthopädische Massenschuhe Vergütung siehe Kap. 26.  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütung nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer.</li><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.01.1999 01.07.2019 01.10.2021 01.04.2022	C P C
26.01.04.00.1	L	Spezialschuhe für Schuheinlagen Vergütung siehe Kap. 26  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütung nur als Ergänzung zu einer orthopädischen Schuheinlage nach Fussoperation</li><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.04.2022	N
26.01.04.01.1	L	Spezialschuhe für Orthesen Vergütung siehe Kap. 26  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.04.2022 01.01.2024	N C
26.01.04.02.1	L	Spezialschuhe für Verbände  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Stück pro Jahr</li><li>• nicht kumulierbar mit Pos. 26.01.04.03.1</li></ul>	1 Stück	35.13	31.62	01.04.2022 01.01.2024	N B,P

26.01.04.03.1	L	Spezialschuhe für Verbände  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li><li>• nicht kumulierbar mit Pos. 26.01.04.02.1</li></ul>	1 Paar	59.22	53.30	01.04.2022 01.01.2024	N B,P
26.01.04.04.1	L	Spezialschuhe für Stabilisation  Vergütung siehe Kap. 26  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.01.2017 01.07.2019 01.10.2021 01.04.2022	C C P C
26.01.04.05.1	L	Therapeutische Kinderschuhe  Vergütung siehe Kap. 26  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 2 Paar pro Jahr</li></ul>				01.04.2022	N

**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)**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
29.01.01.00.1		<p>Material für Stoma- und Fistelversorgung pro Stomie:</p> <p>A) Hauptgruppe: Haftplatten, Basisplatten, Stoma-beutel</p> <p>B) Bedarfsoorientierte Zusatzprodukte: Pasten, Ringe, Platten, Gürtel, Stomakappe (Stoma-Irrigation), Hautschutz und -reinigung: med. atmungsaktive Filme, Lotionen, Hautschutz-Cremes, -Gels, Hautreinigungsmittel und -tücher Hautschutzerweiterungsstreifen, Stoma-Vlieskompressen (unsteril), Pflasterentferner, Stoma-Puder, med. Funktionstextilien zur Stabilisierung von Hernien (Bauchdeckenstabilisatoren, Herniengürtel) Gelierende Produkte, Geruchsbinden, Beutelklammern</p>	pro Jahr (pro rata)	5'058.72	4'552.85	01.01.1996 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N B,C P B,P

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

(Continuous Passive Motion (CPM)-Therapiegeräte)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	3.35	3.18	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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	281.04	266.99	01.01.2001 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
30.02.01.00.1	L	Kiefermobilisator (Kinder und Erwachsene)  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Gerät alle 3 Jahre</li></ul>	1 Set	497.24	447.52	01.01.2011 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
30.02.01.01.1		Bisspolster	1 Set à 4 Stück	16.56	14.91	01.01.2011 01.04.2020 01.10.2021 01.01.2024	C P B,P

### 30.03 Bewegungsschienen, aktiv

(Controlled Active Motion (CAM)-Therapiegeräte)

In Evaluation bis 31.12.2025

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	7.46	7.09	01.07.2010 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,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	180.67		01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B

### 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 (Schutzrollen, Schutztuch) decken das Tracheostoma ab und verhindern das Eindringen von Fremdkörpern. Der Duschschutz schützt vor eindringendem Wasser.

### 31.10 Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
31.10.00.01.1		Material zur Tracheostomaversorgung für Tracheotomierte:  Trachealkanülen, Stimmventile  Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME), Verschlusskappen  Kanülen-Befestigung und Tragezubehör: Trachealkompressen, Kanülentragbänder  Reinigungs- und Pflegematerial für Trachealkanülen: Reinigungsbürsten, Reinigungsmittel, Silbertauchbad  Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10)	pro Kalenderjahr	7'628.23	6'483.99	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

		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 Vertrauensärztein berücksichtigt, bei höherem Aufwand bis maximal das Doppelte des genannten Höchstbetrages jeweils für 1 Kalenderjahr vergütet werden.					
31.10.01.00.1	L	Cuffdruck-Messgerät / Cuff-Manometer  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• max. 1 Gerät alle 10 Jahre</li></ul>	1 Stück	271.00	257.45	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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		Material zur Tracheostomaversorgung für Laryngektomierte: Trachealkanülen (inkl. Tubes und Buttons) Reinigungsbürsten für Trachealkanülen, Borkenpinzette Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher (HME) Basisplatten, Silikonkleber, Kanülentragbänder, Schaumstoffabdeckungen Stomaöl, Silikonspray, Gleitmittel (nicht kumulierbar mit Pos. 99.10) Zubehör für Stimmprothesen: Verschluss (Plug), Spülpipetten (Flush), Reinigungsbürsten für Stimmprothesen Hautschutz und –reinigung: Reinigungstücher, Vlieskompressen (nicht kumulierbar mit Pos. 35.01.01), Hautschutzfilmtücher / -tupfer, medizinische Wattestäbchen, Pflasterentferner Adapter, Duschschutz, Schutztextilien Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System)  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 Kalenderjahr	7'527.86	6'398.68	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
31.20.01.00.1		Tracheostomaventil (inkl. Zubehör) zum freihändigen Sprechen für Laryngektomierte (Hands-free-System), Starterset zur Erprobung	1 Set	619.29	526.40	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
31.20.04.00.1		Elektronische Sprechhilfe (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	893.31	848.64	01.01.2021	N

						01.10.2021 01.01.2024	P B,P
31.20.05.00.1		Elektronischer Stimmverstärker (inkl. Zubehör und Batterie)	1 Stück	530.96	504.42	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
31.30.02.00.1	L	Wassertherapiegerät mit Mundstück  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.</li></ul>	1 Stück	456.69	388.19	01.01.1996 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
31.30.02.01.1	L	Schnorchel zu Wassertherapiegerät  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>Nur wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen eine Physiotherapie im Wasser benötigen.</li></ul>	1 Stück	60.22	51.19	01.01.1996 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
31.30.03.00.1		Maske zur Inhalation über Tracheostoma	1 Stück	34.03	30.62	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
31.30.04.00.1		Gänsegurgel	1 Stück	7.08	6.01	01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	3.11	2.80	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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)

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.58	1.33	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B

### 35.01.04 Absorptionsverbände

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.61	1.28	01.04.2018 01.10.2021	N P
35.01.04.05.1		Absorptionsverbände, steril 20x40 cm	1 Stück	2.96	2.37	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.01.05 Stillkompressen, unsteril

Stillkompressen zur Behandlung wunder und / oder gereizter Brustwarzen.

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.36	1.15	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
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	2.36	2.01	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.01.06b Gazebinden elastisch, kohäsiv**

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.06.10.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 1.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.26	2.04	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.11.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.76	2.49	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.12.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 4 m	1 Stück	2.66	2.13	01.10.2018 01.10.2021	N P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
						01.01.2024	B,P
35.01.06.13.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 20 m	1 Stück	9.38	8.45	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.14.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.46	2.77	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.15.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 6 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.14	10.03	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.16.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.61	3.07	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.17.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 8 cm, Länge 20 m	1 Stück	11.94	10.75	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.18.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 4 m	1 Stück	3.91	3.52	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.19.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 20 m	1 Stück	13.95	12.56	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.20.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 4 m	1 Stück	4.87	4.39	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.06.21.1		Gazebinden elastisch, kohäsiv Breite 12 cm, Länge 20 m	1 Stück	18.57	16.71	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

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

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.07.01.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.97	4.48	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.02.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 6 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.37	3.71	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.03.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 8 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.72	4.87	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.04.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	6.88	6.19	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.05.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 12 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.73	6.96	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.06.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.78	7.01	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.07.07.1		Elastische (Ideal-) Binden, Fixation gedehnt Breite 20 cm, Länge 5 m	1 Stück	13.65	12.29	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.01.07b Elastische Binden, kohäsiv**

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.07.20.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 2.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	3.16	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.07.21.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 4 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.62	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.07.22.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 5 cm, Länge 5 m	1 Stück	5.97	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.07.23.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 7.5 cm, Länge 5 m	1 Stück	7.33	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.07.24.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 10 cm, Länge 5 m	1 Stück	8.33	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.07.25.1		Elastische Binden, kohäsiv Breite 15 cm, Länge 5 m	1 Stück	4.37	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B

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

Gestrickte, dehnbare Schlauchverbände zum Einmalgebrauch

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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 Breite 8 cm, ungedehnt	pro m	1.30	1.11	01.10.2018 01.10.2021	N P
35.01.08.06.1		Schlauchverbände Breite 9.5 cm, ungedehnt	pro m	1.51	1.28	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.08.07.1		Schlauchverbände Breite 17 cm, ungedehnt	pro m	2.41	2.17	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.08.08.1		Schlauchverbände Breite 20 cm, ungedehnt	pro m	3.11	2.80	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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	pro m	2.21	Kategorie A	01.10.2018	N

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
		Kopf, kleiner Rumpf				01.10.2021 01.01.2024	P B
35.01.08.25.1		Netzhalteverband Rumpf	pro m	1.71	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.08.26.1		Netzhalteverband Grosser Rumpf	pro m	3.06	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.08.27.1		Netzhalteverband Sehr grosser Rumpf	pro m	4.32	Kategorie A	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B

### 35.01.08d Fixationshilfen für Wundverbände Fuss gebrauchsfertig

Gebrauchsfertige Fixationshilfen für Wundverbände, mit Klettverschluss, zum Einmalgebrauch.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.08.30.1		Fixationshilfe für Wundverbände Fuss, gebrauchsfertig	1 Stück	3.92	3.53	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### 35.01.08e Fixationshilfen in Kleiderform

Medizinprodukte zur Verbandsfixation in Kleiderform (waschbar): Shirts, Hosen, Stulpen, Kappen / Mützen, Socken und Handschuhe

Limitation:

- Vergütung ausschliesslich bei Personen mit einer ärztlich diagnostizierten Form von Epidermolysis bullosa (EB)
- Verordnung nur durch Universitäts-Kinderspital Zürich oder Universitätsspital Bern. Soll die Anordnung durch ein anderes Zentrum erfolgen, so ist vorgängig die besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

In Evaluation bis 31.12.2024

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.08.35.1	L	Fixationshilfen für Verbände in Kleiderform	pro Jahr	1'003.71	953.53	01.10.2022 01.01.2024	N B,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)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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, sanfthaftend**

Sanfthaftende 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.09.10.1		Heft- / Fixier-Pflaster Textil, Plastik, Vlies, sanfthaftend 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, sanfthaftend 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, sanfthaftend 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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.09.30.1		Fixationsvlies Breite 2.5 cm	pro m	0.40	0.36	01.10.2018 01.10.2021	N P

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.36	1.08	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.09.33.1		Fixationsvlies Breite 15 cm	pro m	1.86	1.58	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.09.34.1		Fixationsvlies Breite 20 cm	pro m	2.41	2.17	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.01.09.35.1		Fixationsvlies Breite 30 cm	pro m	3.26	2.94	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.01.09d Fixationsvlies, sanfthaftend

Fixationsvlies mit Haftbasis Silikone. Diese Haftbasen führen zu einer sehr tiefen Belastung des Stratum Corneums beim Entfernen der Verbände. Dies im Gegenzug zu den Schnellverbänden (35.01.10). Silikon-Narbenpflaster sind hier nicht subsumiert.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.01.09.40.1		Fixationsvlies, sanfthaftend Breite 5 cm	pro m	2.66	2.41	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.01.09.41.1		Fixationsvlies, sanfthaftend Breite 10 cm	pro m	5.32	4.82	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### 35.01.10 Schnellverbände

#### 35.01.10b Schnellverbände, steril

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

Einzelne verpackte, haftende Pflaster mit Wundkissen, steril.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.51	1.28	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.10.15.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 25 cm	1 Stück	1.51	1.28	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B
35.01.10.16.1		Schnellverbände mit zentralem Wundkissen, Vlies, steril Breite 9 cm, Länge 30 cm	1 Stück	1.51	1.36	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.01.12 Augenverbände

Schutzverbände und Okklusionspflaster in Augenpassform.

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	6.93	6.23	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.03.01.01.1	L	Verband mit Aktivkohle 5x5 cm  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung bei starken Geruchsemissionen</li></ul>	1 Stück	4.52	3.84	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N V P B,P
35.03.01.02.1	L	Verband mit Aktivkohle 7.5x7.5 cm  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung bei starken Geruchsemissionen</li></ul>	1 Stück	6.98	5.93	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N V P B,P
35.03.01.03.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x10 cm  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung bei starken Geruchsemissionen</li></ul>	1 Stück	10.44	8.87	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N V P B,P
35.03.01.04.1	L	Verband mit Aktivkohle 10x20 cm  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung bei starken Geruchsemissionen</li></ul>	1 Stück	21.28	18.09	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N V P B,P
35.03.01.06.1	L	Verband mit Aktivkohle 15x20 cm  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anwendung bei starken Geruchsemissionen</li></ul>	1 Stück	32.37	27.51	01.04.2018 01.01.2021 01.10.2021 01.01.2024	N V P B,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 Spülösung getränkte, gebrauchsfertige Wundkissen, die Exsudat und Zelllast binden.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.01.01.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 4x4 cm, ø 4 cm	1 Stück	5.32	4.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.01.02.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 5.5x5.5 cm, ø 5.5 cm	1 Stück	7.33	6.59	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.01.03.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.08	6.37	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.01.04.1		aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 10x10 cm	1 Stück	9.33	8.40	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.01.05.1		Aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 8x14 cm oval	1 Stück	8.14	7.33	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.05.01.06.1		Aktiviertes Wundkissen zur Nasstherapie, steril 15x15 cm	1 Stück	10.83	9.75	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.05.02 Hydrokolloide, steril**

(sämtliche Dicken, mit und ohne Haftrand)

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.02.01.1		Hydrokolloide, steril 5x5 cm	1 Stück	4.82	3.85	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.02.1		Hydrokolloide, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	6.62	5.30	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.03.1		Hydrokolloide, steril 10x10 cm	1 Stück	10.59	8.47	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.04.1		Hydrokolloide, steril 15x15 cm	1 Stück	19.02	16.17	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.05.1		Hydrokolloide, steril 15x20 cm	1 Stück	25.54	21.71	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.06.1		Hydrokolloide, steril 20x20 cm	1 Stück	38.79	32.97	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.07.1		Hydrokolloide, steril 20x30 cm	1 Stück	62.28	56.06	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.08.1		Hydrokolloide, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	35.53	31.98	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.02.09.1		Hydrokolloide, steril Sonderformen Ellenbogen / Ferse	1 Stück	24.14	21.73	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.03.01.1		Hydropolymere, steril 5x5 cm	1 Stück	5.72	4.58	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.02.1		Hydropolymere, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.28	5.82	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.03.1		Hydropolymere, steril 10x10 cm	1 Stück	12.09	9.68	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.04.1		Hydropolymere, steril 15x15 cm	1 Stück	21.68	18.43	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.05.1		Hydropolymere, steril 15x20 cm	1 Stück	32.17	27.34	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.06.1		Hydropolymere, steril 20x20 cm	1 Stück	37.09	31.53	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.07.1		Hydropolymere, steril 20x30 cm	1 Stück	45.57	41.01	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.08.1		Hydropolymere, steril 20x60 cm	1 Stück	62.63	56.37	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.10.1		Hydropolymere, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	32.72	29.45	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.03.11.1		Hydropolymere, steril Sonderform Ellenbogen / Ferse	1 Stück	31.82	28.64	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.05.04 Hydropolymera 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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.04.01.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 5x5 cm	1 Stück	4.47	3.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.02.1		Hydropolymere mit Hilfsstoffen, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.78	6.61	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.03.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 10x10 cm	1 Stück	11.64	9.31	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.04.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x15 cm	1 Stück	20.68	17.58	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.05.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 15x20 cm	1 Stück	33.42	30.08	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.06.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x20 cm	1 Stück	43.46	39.11	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.07.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x30 cm	1 Stück	68.65	61.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.08.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril 20x60 cm	1 Stück	141.52	127.37	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.04.10.1		Hydropolymere, mit Hilfsstoffen, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	36.79	33.11	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.05.01.1		Superabsorber, steril 5x5 cm	1 Stück	3.46	3.12	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.02.1		Superabsorber, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	4.72	4.25	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.03.1		Superabsorber, steril 10x10 cm	1 Stück	6.72	5.38	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.04.1		Superabsorber, steril 15x15 cm	1 Stück	11.34	9.65	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.05.1		Superabsorber, steril 20x20 cm	1 Stück	20.88	18.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.06.1		Superabsorber, steril 20x30 cm	1 Stück	24.44	22.00	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.08.1		Superabsorber, steril 30x40 cm	1 Stück	37.29	33.56	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.05.09.1		Superabsorber, steril 50x80 cm	1 Stück	108.70	97.83	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.05.05a Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril**

Produkte welche aus einer Kombination von Superabsorber und Wunddistanzgitter bestehen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.05.10.1		Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	8.53	7.68	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.05.05.11.1		Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril 10x10 cm	1 Stück	10.84	9.76	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.05.05.12.1		Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril 10x20 cm	1 Stück	18.40	16.56	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.05.05.13.1		Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril 20x20 cm	1 Stück	32.12	28.91	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.05.05.14.1		Wunddistanzgitter und Superabsorber, steril 30x40 cm	1 Stück	52.12	46.91	01.10.2022 01.01.2024	N B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.06.01.1		Alginate, steril 5x5 cm	1 Stück	3.41	2.73	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.02.1		Alginate, steril 10x10 cm	1 Stück	8.28	6.62	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.03.1		Alginate, steril 10x20 cm	1 Stück	14.20	12.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.04.1		Alginate, steril 15x15 cm	1 Stück	17.87	16.08	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.05.1		Alginate, steril 20x20 cm	1 Stück	27.15	24.44	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.07.1		Alginate, steril 30x60 cm	1 Stück	60.93	54.83	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.06.08.1		Alginate, steril Tamponade	1 Stück	17.87	15.19	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.07.01.1		Gelierender Faserverband, steril 5x5 cm	1 Stück	5.52	4.42	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.07.02.1		Gelierender Faserverband, steril 10x10 cm	1 Stück	9.74	7.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.07.04.1		Gelierender Faserverband, steril 15x15 cm	1 Stück	28.46	25.61	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.07.05.1		Gelierender Faserverband, steril 20x20 cm	1 Stück	50.94	45.85	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.07.09.1		Gelierender Faserverband Tamponade, steril	1 Stück	26.20	23.58	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.08.01.1		Wunddistanzgitter, steril 5x7.5 cm	1 Stück	5.57	4.74	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.08.02.1		Wunddistanzgitter, steril 7.5x10 cm	1 Stück	7.28	6.55	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.08.03.1		Wunddistanzgitter, steril 10x18 cm	1 Stück	18.77	16.89	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.08.04.1		Wunddistanzgitter, steril 15x25 cm	1 Stück	20.98	18.88	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.08.05.1		Wunddistanzgitter, steril 20x30 cm	1 Stück	48.33	43.50	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.09.01.1		Hydrogel, steril 5 g	1 Stück	7.38	6.27	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.09.02.1		Hydrogel, steril 15 g	1 Stück	9.59	8.15	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.09.03.1		Hydrogel, steril 25 g	1 Stück	14.20	12.79	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.05.09b Wundgel mit Konservierungsmittel**

Bei den konservierten Wundgelen handelt es sich um gebundenes Wasser mit Zusatz von Konservierungsmitteln (Polyhexanid, Octenidin, Hypochlorid). Nicht zum Einmalgebrauch.

Limitation:

- Nur für chronische, nicht infizierte Wunden
- Max. Anwendungsdauer pro Wunde: 12 Wochen
- Keine Vergütung von wirkstoffhaltigen Arzneimitteln (Antiseptika)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.09.10.1	L	Wundgel mit Konservierungsmittel 25 g (oder ml) Minimum 20g (oder ml)	1 Stück	19.07	17.16	01.10.2022 01.07.2023 01.01.2024	N V B,P

35.05.09.11.1	L	Wundgel mit Konservierungsmittel 50 g (oder ml)	1 Stück	35.28	31.76	01.10.2022 01.07.2023 01.01.2024	N V B,P
35.05.09.12.1	L	Wundgel mit Konservierungsmittel 250 g (oder ml)	1 Stück	85.34	01.10.2022 01.07.2023 01.01.2024	N B,P,V 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.09.15.1		Hydrogelverband, steril 5x7.5 cm	1 Stück	8.33	7.50	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.09.16.1		Hydrogelverband, steril 10x10 cm	1 Stück	11.89	10.71	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.09.17.1		Hydrogelverband, steril 12.5x12.5 cm	1 Stück	13.55	12.20	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.09.18.1		Hydrogelverband, steril 20x20 cm	1 Stück	25.24	22.72	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.05.10 Folienverbände

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

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
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	1.86	1.40	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.03.1		Folienverbände, steril 10x12 cm	1 Stück	2.61	1.96	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.04.1		Folienverbände, steril 10x25 cm	1 Stück	3.76	3.20	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.05.1		Folienverbände, steril 15x20 cm	1 Stück	5.22	4.44	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.06.1		Folienverbände, steril 10x35 cm	1 Stück	6.52	5.87	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.05.10b Folienverbände, unsteril

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.10.10.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 1 m	1 Stück	6.02	5.42	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.11.1		Folienverbände, unsteril 10 cm x 2 m	1 Stück	10.04	9.03	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.12.1		Folienverbände, unsteril 5 cm x 10 m	1 Stück	18.57	16.71	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.13.1		Folienverbände, unsteril 10cm x 10 m	1 Stück	35.13	28.10	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.14.1		Folienverbände, unsteril 15cm x 10 m	1 Stück	50.19	45.17	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.05.10c Folienverbände, mit / ohne Wundkissen, steril sanfthaftend**

(inkl. Produkte zur Kanülen- und Katheterfixation)

Sanfthaftende, 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.10.20.1		Folienverbände mit / ohne Wundkissen, steril, sanfthaftend 6x8 cm	1 Stück	1.91	1.72	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.22.1		Folienverbände mit / ohne Wundkissen, steril, sanfthaftend 10x12 cm	1 Stück	2.61	2.35	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.23.1		Folienverbände mit / ohne Wundkissen, steril, sanfthaftend 10x25 cm	1 Stück	18.52	16.67	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.24.1		Folienverbände mit / ohne Wundkissen, steril, sanfthaftend 15x20 cm	1 Stück	19.62	17.67	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.05.10d Folienverbände, unsteril, sanfthaftend**

Sanfthaftende, 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.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.05.10.30.1		Folienverbände, unsteril, sanfthaftend 10 cm x 1 m	1 Stück	18.07	16.26	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.31.1		Folienverbände, unsteril, sanfthaftend 10 cm x 2 m	1 Stück	28.61	25.75	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.32.1		Folienverbände, unsteril, sanfthaftend 10 cm x 10 m	1 Stück	36.13	32.52	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.05.10.33.1		Folienverbände, unsteril, sanfthaftend 15 cm x 10 m	1 Stück	48.18	43.36	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.06 Hydroaktive Wundpräparate / -produkte mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe

#### 35.06.04 Hydropolymere mit Hilfsstoffen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe, steril

##### 35.06.04a Hydropolymere mit Silber, steril

Hydropolymere, welche mit Silber versetzt sind mit dem Zweck einer antimikrobiellen Wirkung. Hydropolymere sind 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.

Limitation:

- Anwendung nur bei infizierten oder kritisch kolonisierten Wunden
- Max. Anwendungsdauer: 30 Tage für alle silberhaltigen Verbandsmaterialien zusammen (Pos. 35.06.04a, 35.06.06a, 35.06.07a und 35.06.08a). Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.06.04.20.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 5x5 cm	1 Stück	7.00	6.29	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.04.21.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.84	7.06	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.04.22.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 10x10 cm	1 Stück	12.83	11.54	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.04.23.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 10x20 cm	1 Stück	19.42	17.48	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.04.24.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 15x15 cm	1 Stück	29.92	26.93	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.04.25.1	L	Hydropolymer mit Silber, steril 20x20 cm	1 Stück	41.87	37.69	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

#### **35.06.06 Alginate, mit Hilfsstoffen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe, steril**

##### **35.06.06a Alginate mit Silber, steril**

Alginate, welche mit Silber versetzt sind mit dem Zweck einer antimikrobiellen Wirkung. Alginate sind 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.

Limitation:

- Anwendung nur bei infizierten oder kritisch kolonisierten Wunden
- Max. Anwendungsdauer: 30 Tage für alle silberhaltigen Verbandsmaterialien zusammen (Pos. 35.06.04a, 35.06.06a, 35.06.07a und 35.06.08a). Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.06.06.20.1	L	Alginate mit Silber, steril 5x5 cm	1 Stück	5.27	4.75	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.06.21.1	L	Alginate mit Silber, steril 10x10 cm	1 Stück	13.81	12.43	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.06.22.1	L	Alginate mit Silber, steril 10x20 cm	1 Stück	22.42	20.18	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.06.23.1	L	Alginate mit Silber, steril 15x15 cm	1 Stück	26.31	23.68	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.06.26.1	L	Alginate mit Silber, steril Tamponade	1 Stück	25.49	22.94	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### **35.06.07 Gelierende Faserverbände, mit Hilfsstoffen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe, steril**

#### **35.06.07a Gelierende Faserverbände mit Silber, steril**

Gelierende Faserverbände, welche mit Silber versetzt sind mit dem Zweck einer antimikrobiellen Wirkung. Gelierende Faserverbände sind 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.

Limitation:

- Anwendung nur bei infizierten oder kritisch kolonisierten Wunden
- Max. Anwendungsdauer: 30 Tage für alle silberhaltigen Verbandsmaterialien zusammen (Pos. 35.06.04a, 35.06.06a, 35.06.07a und 35.06.08a). Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.06.07.20.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril 5x5 cm	1 Stück	7.27	6.54	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.07.22.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril 10x10 cm	1 Stück	23.96	21.56	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.07.24.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril 15x15 cm	1 Stück	41.15	37.04	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.07.25.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril 20x20 cm	1 Stück	67.44	60.69	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.07.26.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril 20x30 cm	1 Stück	62.93	56.64	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.07.28.1	L	Gelierende Faserverbände mit Silber, steril Tamponade	1 Stück	20.74	18.67	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### **35.06.08 Wunddistanzgitter mit Hilfsstoffen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe, steril**

#### **35.06.08a Wunddistanzgitter mit Silber, steril**

Wunddistanzgitter, welche mit Silber versetzt sind mit dem Zweck einer antimikrobiellen Wirkung. Wunddistanzgitter sind 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.

Limitation:

- Anwendung nur bei infizierten oder kritisch kolonisierten Wunden
- Max. Anwendungsdauer: 30 Tage für alle silberhaltigen Verbandsmaterialien zusammen (Pos. 35.06.04a, 35.06.06a, 35.06.07a und 35.06.08a). Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.06.08.01.1	L	Wunddistanzgitter mit Silber, steril 5x5 cm	1 Stück	7.66	6.90	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.08.02.1	L	Wunddistanzgitter mit Silber, steril 10x10 cm	1 Stück	10.54	9.49	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.08.03.1	L	Wunddistanzgitter mit Silber, steril 10x20 cm	1 Stück	33.17	29.86	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.06.08.04.1	L	Wunddistanzgitter mit Silber, steril 15x15 cm	1 Stück	34.14	30.72	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

### 35.07 Hydroaktive Wundpräparate / Produkte mit wundwirksamen Inhaltsstoffen und mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen

Primäre Wundauflagen, welche den Wundheilungsprozess aktiv beeinflussen und einen antimikrobiellen Inhaltsstoff enthalten. Sie werden nur bei Wunden in direktem Kontakt mit dem Wundgrund eingesetzt.

#### 35.07.01 Wundverband mit wundwirksamen Inhaltsstoffen und mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen

##### 35.07.01a Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril

Medizinischer Honig: Manuka-Honig, Filtration mit 50 µm Filter und Gammastrahlen Sterilisation

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.07.01.10.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 5x5 cm	1 Stück	10.54	9.49	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.01.11.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 10x10 cm	1 Stück	20.58	18.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.01.12.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 10x20 cm	1 Stück	35.88	32.30	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.01.13.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 30x20 cm	1 Stück	56.46	50.82	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.01.14.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 30x30 cm	1 Stück	78.36	70.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.01.15.1		Wundverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 30x60 cm	1 Stück	119.64	107.70	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.07.09 Hydrogel mit wundwirksamen Inhaltsstoffen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen****35.07.09c Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril**

Medizinischer Honig: Manuka-Honig, Filtration mit 50 µm Filter und Gammastrahlen Sterilisation

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.07.09.30.1		Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 5x5 cm	1 Stück	12.45	11.20	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.09.31.1		Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 10x10 cm	1 Stück	20.68	18.61	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.09.32.1		Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 15x15 cm	1 Stück	31.01	27.91	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.09.33.1		Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 20x20 cm	1 Stück	59.22	53.30	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.09.34.1		Hydrogelverband mit med. Honig (Honiganteil > 60%), steril 20x30 cm	1 Stück	80.30	72.27	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.07.11 Wundgel mit wundwirksamen Inhaltsstoffen und mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen****35.07.11a med. Honig (Honiganteil > 75%), halbfest, steril**

Medizinischer Honig: Manuka-Honig, Filtration mit 50 µm Filter und Gammastrahlen Sterilisation

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.07.11.10.1		med. Honig (Honiganteil > 75%), halbfest, steril 5 g	1 Stück	7.48	6.73	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.07.11.11.1		med. Honig (Honiganteil > 75%), halbfest, steril 20 g	1 Stück	20.98	18.88	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

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

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

**35.10.03 Hydropolymera mit wundwirksamen Inhaltsstoffen ohne antimikrobielle Inhaltsstoffe, steril**

**35.10.03a Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril**

(haftend, nicht-haftend, sanft-haftend)

Hydropolymere mit wundwirksamen Inhaltsstoffen mit proteasenhemmender Wirkung.

Bei den Hydropolymeren mit Hilfsstoffen handelt es sich um Polyurethan (PU)-Schäume welche die Reduktion überschüssiger Metalloproteinase-Matrix bei chronischen Wunden wie Beingeschwüren, Dekubitus und diabetischen Fußgeschwüren ermöglicht.

Limitation: Max. Anwendungsdauer: 90 Tage für alle proteasenhemmenden Materialien (Pos. 35.10.03a, 35.10.05a und 35.10.08a)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.10.03.01.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril 5x5 cm	1 Stück	5.73	5.16	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.02.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril 7.5x 7.5 cm	1 Stück	7.25	6.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.03.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril 10x10 cm	1 Stück	12.10	10.89	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.04.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril 15x15 cm	1 Stück	21.73	19.56	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.05.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril 15x20 cm	1 Stück	32.15	28.94	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.06.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril Sonderform Ellenbogen / Ferse	1 Stück	33.51	30.16	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.03.07.1	L	Hydropolymere mit proteasenhemmender Wirkung, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	32.65	29.39	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.10.05 Superabsorber mit wundwirksamen Inhaltsstoffen ohne antimikrobielle Inhaltsstoffe, steril****35.10.05a Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril**

Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung ermöglichen die Reduktion überschüssiger Metalloproteininasen bei chronischen Wunden wie Beingeschwüren, Dekubitus und diabetischen Fuss-geschwüren.

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.

Limitation: Max. Anwendungsdauer: 90 Tage für alle proteasenhemmenden Materialien (Pos. 35.10.03a, 35.10.05a und 35.10.08a)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.10.05.01.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril 5x5 cm	1 Stück	5.73	5.16	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.05.02.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril 7.5x7.5 cm	1 Stück	7.25	6.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.05.03.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril 10x10 cm	1 Stück	12.10	10.89	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.05.04.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril 15x15 cm	1 Stück	21.73	19.56	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.05.05.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril 15x20 cm	1 Stück	32.11	28.90	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.05.06.1	L	Superabsorber mit proteasenhemmender Wirkung, steril Sonderform Sacrum	1 Stück	32.71	29.44	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.10.06 Wundspray**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.10.06.01.1		Wundspray auf öliger Basis, 10 ml	1 Stück	25.09	22.58	01.04.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**35.10.08 Wundauflagen mit wundwirksamen Inhaltsstoffen ohne antimikrobielle Inhaltsstoffe, steril****35.10.08a Wunddistanzgitter mit proteasenhemmender Wirkung, steril**

(Hilfsmittel: Silikon, Hydrokolloid, Polyethylen)

Wunddistanzgitter mit proteasenhemmender Wirkung. 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. Anwendung bei chronischen Wunden wie Beingeschwüren, Dekubitus und diabetischen Fussgeschwüren.

Limitation: Max. Anwendungsdauer: 90 Tage für alle proteasenhemmenden Materialien (Pos. 35.10.03a, 35.10.05a und 35.10.08a)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.10.08.01.1	L	Wunddistanzgitter mit proteasenhemmender Wirkung, steril 5x5 cm	1 Stück	5.51	4.96	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.08.02.1	L	Wunddistanzgitter mit proteasenhemmender Wirkung, steril 10x10 cm	1 Stück	7.25	6.52	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.10.08.03.1	L	Wunddistanzgitter mit proteasenhemmender Wirkung, steril 15x20 cm	1 Stück	10.49	9.44	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**35.11 Wund-Vakuum-Therapiesystem (Unterdrucksysteme)****35.11.01 Wund-Vakuum-Therapiesystem, Mehrwegsystem**

Mit dieser Therapie werden akute und chronische Wunden durch die lokale Anwendung eines Drucks, der niedriger als der Atmosphärendruck ist, behandelt.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.11.01.01.2	L	<p>Wund-Vakuum-Therapiesystem, Mehrwegsystem, Miete inkl. Verbrauchsmaterial (z.B. Reservoir, Schlauch, Tasche, Verbandsmaterial), Rücknahme, Reinigung und Wiederaufbereitung, Wartung inkl. Wartungsmaterial, Austausch von defekten Geräten und technische Hotline (24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche).</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Miete max. 30 Tage. Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.</li> </ul>	Miete / Tag		63.37	01.10.2022 01.01.2024	N P

### 35.15 Konventionelle Wundpräparate mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe

#### 35.15.02 Imprägnierte / beschichtete Wundkompressen mit antimikrobiellen Inhaltsstoffen ohne weitere wundwirksame Inhaltsstoffe mit / ohne Saugkörper, nichtklebend

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 und / oder enthalten antimikrobiell wirksame Inhaltsstoffe.

#### 35.15.02a Imprägnierte / beschichtete Wundkompressen mit / ohne Saugkörper, mit dem Fettsäurederivat Dialkylcarbamolchlorid (DACC), nichtklebend

Limitation:

- Anwendung nur bei infizierten oder kritisch kolonisierten Wunden.
- Max. Anwendungsdauer: 30 Tage. Für die Weiterführung der Anwendung über 30 Tage hinaus, Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.15.02.10.1	L	Imprägnierte / beschichtete Wundkomresse mit dem Fettsäurederivat Dialkylcarbamolchlorid (DACC), steril 5x5 cm	1 Stück	5.06	4.56	01.07.2023 01.01.2024	N B,P
35.15.02.11.1	L	Imprägnierte / beschichtete Wundkomresse mit dem Fettsäurederivat Dialkylcarbamolchlorid (DACC), steril 5x7.5 cm	1 Stück	8.32	7.49	01.07.2023 01.01.2024	N B,P

35.15.02.12.1	L	Imprägnierte / beschichtete Wundkomresse mit dem Fettsäurederivat Dialkylcarbamolchlorid (DACC), steril 10x10 cm	1 Stück	8.83	7.95	01.07.2023 01.01.2024	N B,P
35.15.02.13.1	L	Imprägnierte / beschichtete Wundkomresse mit dem Fettsäurederivat Dialkylcarbamolchlorid (DACC), steril 10x20 cm	1 Stück	16.13	14.51	01.07.2023 01.01.2024	N B,P

### 35.20 Wundrandschutz

Limitation:

- Anwendung nur bei nässenden Wunden zum Schutz vor Mazerationen
- Nicht in Kombination mit feuchtigkeitsspendenden Wundauflagen
- Keine Vergütung zum Schutz von Adhäsionsverletzungen oder Reibungen

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.20.01.01.1	L	Wundrandschutz mit Siloxanen, Applikator steril, 1 ml Nicht anwendbar mit Kapitel 15 und Pos. 29.01.01.00.1 und 31.20.00.01.1	1 Stück	2.21	1.99	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
35.20.01.02.1	L	Wundrandschutz mit Siloxanen, Applikator steril, 3 ml Nicht anwendbar mit Kapitel 15 und Pos. 29.01.01.00.1 und 31.20.00.01.1	1 Stück	3.47	3.13	01.10.2022 01.01.2024	N B,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 Emolienten und / oder topischen Steroiden bedarf.
- Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pädiatrie, Fachärzte und Fachärztinnen für Dermatologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Allergologie
- Maximal 2 Sets pro Jahr (oder 2 Ober- und / oder 2 Unterteile)
- Sollte durch das Wachstum des Kindes eine grössere Grösse notwendig werden, können pro Jahr 2 weitere Sets (oder alternativ 2 Ober- und / oder Unterteile) vergütet werden

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.25.01.00.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion	1 Set	164.81	156.57	01.10.2018 01.04.2019	N C

		1 Set bestehend aus 1 Body (oder Oberteil) und 1 Strumpfthose  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 35.25.01</li></ul>				01.10.2021 01.01.2024	P B,P
35.25.01.01.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion  Body / Oberteil  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 35.25.01</li></ul>	1 Stück	98.87	93.93	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
35.25.01.02.1	L	Hilfsmittel in Bekleidungsform aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion  Strumpfthose / Leggins  Limitation: <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe 35.25.01</li></ul>	1 Stück	67.75	64.37	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

### 35.25.02 Hilfsmittel in Form von Unterwäsche aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion

Limitation:

- Indikation: Lichen sclerosus
- Erstverordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Dermatologie
- Maximal 3 Stück pro Jahr

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.25.02.01.1	L	Hilfsmittel in Form von Unterwäsche aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion  1 Unterhose für Männer  Limitation <ul style="list-style-type: none"><li>• siehe: 35.25.02</li></ul>	1 Stück	53.44	48.10	01.07.2023 01.01.2024	N B,P
35.25.02.02.1	L	Hilfsmittel in Form von Unterwäsche aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion  1 Unterhose für Frauen	1 Stück	68.23	61.41	01.07.2023 01.01.2024	N B,P

		Limitation • siehe: 35.25.02					
35.25.02.03.1	L	Hilfsmittel in Form von Unterwäsche aus Seide mit kovalent gebundener antimikrobieller Funktion 1 Unterhose für Kinder  Limitation • siehe: 35.25.02	1 Stück	34.06	30.64	01.07.2023 01.01.2024	N B,P

**35.30 Wundtherapiemaden**Lebende, sterile Maden der Gattung *Lucilia sericata* für die Wundmadentherapie zur Behandlung chronischer WundenGebrauchsfertige, individuell hergestellte Wundauflagebeutel mit 5-10 Maden / cm<sup>2</sup>, zum Einmalgebrauch

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
35.30.01.00.1		Wundtherapiemaden, gebrauchsfertig, in Wundauflagebeutel Pro cm <sup>2</sup> Maden	pro cm <sup>2</sup>		12.83	01.10.2022 01.01.2024	N P
35.30.01.10.1		Pauschale Transportkosten (Express) für Wundtherapiemaden	pro Lieferung		24.59	01.10.2022 01.01.2024	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**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.01.01.01.1	L	Arm-Lagerungsschienen, komplett  Limitation: • Schläfe und / oder spastische Hemiplegie der oberen Extremität		378.40	359.48	01.07.2011 01.10.2021 01.01.2024	P B,P
99.01.01.02.1		Überzug zu Arm-Lagerungsschiene		70.26	66.75	01.07.2011 01.10.2021 01.01.2024	P B,P
99.01.01.03.1		Knauf zu Arm-Lagerungsschiene		20.07	19.07	01.07.2011 01.10.2021 01.01.2024	P B,P

**99.02 Hilfsmittel bei Dysphagie****99.02.01 Eindickungsmittel für Getränke und Speisen bei Dysphagie**

Eine Portion entspricht dem Mengenbedarf um 200ml Wasser in der Konsistenz Level 2 nach IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) anzupassen.

In Evaluation bis 31.12.2024

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.02.01.01.1		Eindickungsmittel bei Dysphagie	1 Portion	0.60	0.54	01.10.2022	N

**99.10 Gleitmittel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.10.01.02.1		Gleitmittel unsteril ohne Anästhetikum, Tube $\geq$ 80g	1 Stück	6.93	6.23	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
99.10.02.00.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	1.71	1.54	01.01.1999 01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
99.10.02.01.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.56	2.31	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
99.10.02.02.1		Gleitmittel steril ohne Anästhetikum, Portion 20g (oder ml)	1 Stück	3.61	3.25	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
99.10.02.03.1		Gleitmittel steril, mit Anästhetikum, Tube à 2.5 g	1 Stück	2.66	2.40	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
99.10.02.04.1		Gleitmittel steril mit Anästhetikum, Portion 10g (oder ml)	1 Stück	2.31	2.08	01.04.2019 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P

**99.11 Spüllösungen**

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

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.11.01.00.1		Spüllösung, steril 1'000 ml	1 Stück	6.93	6.23	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
99.11.01.01.1		Spüllösung, steril 250 ml	1 Stück	3.21	2.89	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
99.11.01.02.1		Spüllösung, steril 100 ml	1 Stück	2.86	2.43	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	B,C P B,P
99.11.01.03.1		Spüllösung, steril 500 ml	1 Stück	4.12	3.70	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B,P
99.11.01.04.1		Spüllösung, steril 40 ml	1 Stück	1.46	1.23	01.10.2018 01.10.2021 01.01.2024	N P B

**99.12 Wundreinigungslösung**

Wundreinigungslösung mit konservierten Wirkstoffen (Polyhexanid, Hypochlorid, Octenidin). Nicht zum Einmalgebrauch.

Limitation:

- Nur für chronische nicht infizierte Wunden
- Max. Anwendungsdauer pro Wunde: 12 Wochen
- Keine Vergütung von wirkstoffhaltigen Arzneimitteln (Antiseptika)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.12.03.00.1	L	Wundreinigungslösung Mindestens 250 ml	1 Stück	15.46	13.91	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
99.12.04.00.1	L	Wundreinigungslösung 500 ml	1 Stück	19.39	17.45	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
99.12.05.00.1	L	Wundreinigungslösung 1'000 ml	1 Stück	32.12	28.91	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**99.20 Pflasterentferner****99.20.01 Pflasterentferner mit Silikon**

Limitation: Nur für Epidermolysis bullosa (EB)

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.20.01.00.1	L	Pflasterentferner mit Silikon Spray, 50ml  Limitation: • nicht anwendbar mit Pos. 29.01.01.00.1 und 31.20.00.01.1	1 Stück	22.71	20.45	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
99.20.01.01.1	L	Pflasterentferner mit Silikon Tücher  Limitation: • nicht anwendbar mit Pos. 29.01.01.00.1 und 31.20.00.01.1	1 Stück	1.36	Kategorie A	01.10.2022 01.01.2024	N B

**99.30 Einweg-Sets**

Die erwähnten Produkte stellen den Minimalinhalt des Sets dar. Das Set kann zusätzliche Komponenten enthalten, diese dürfen jedoch nicht gesondert verrechnet werden.

**99.30.02 Blasenkatheter-Sets**

Die Produkte werden ausschliesslich zur sterilen Einlage eines Katheters genutzt.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.30.02.01.1	L	Blasenkatheter-Set, steril ohne Desinfektionsmittel / ohne Gleitmittel Beinhaltet mindestens: Komresse / Tupfer, sterile Unterlage  Limitation: • Bei steril durchzuführendem Katheterismus (intermittierender Einmalkatheterismus oder Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	2.56	2.18	01.04.2019 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	N P C B,P
99.30.02.02.1	L	Blasenkatheter-Set inkl. Gleitmittel, steril Beinhaltet mindestens: Komresse / Tupfer, Abdecktuch, Aqua dest./ Glycerin-Spritze zum Blocken des Katheters, Gleitmittel  Limitation: • Bei steril durchzuführendem Katheterismus (Einlage eines Verweilkatheters)	1 Stück	19.37	16.47	01.04.2019 01.10.2021 01.10.2022 01.01.2024	N P C B,P

**99.30.03 Set mit Schlitzkomresse, steril**

Einwegsets mit Schlitzkompressen werden zum Verbinden von Sonden- / Drainageeintrittsstellen eingesetzt. Die ungeschlitzte Komresse dient als abschliessende Deckschicht.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.30.03.01.1	L	Set mit Schlitzkomresse, steril Beinhaltet mindestens: Schlitzkomresse, Komresse / Tupfer  Limitation: • Vergütung nur zum Verbinden von Sonden- / Drainageeintrittsstellen	1 Set	0.69	0.62	01.10.2022	N

**99.30.04 Behandlungs-Sets**

Behandlungs-Sets werden zur Wundbehandlung oder Fistelversorgung eingesetzt.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.30.04.01.1	L	<p>Behandlungs-Set einfach, steril</p> <p>Beinhaltet mindestens:</p> <p>Kompressen / Tupfer, 2 Pinzetten Kunststoff, Abdecktuch, Schale (oder Verpackung, welche als Schale dienen kann)</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur zur Wundbehandlung oder Fistelversorgung</li> </ul>	1 Set	2.56	2.31	01.10.2022 01.01.2024	N B,P

**99.30.06 Infusions-Sets, steril**

Infusions-Set, steril, dient dem Legen einer Verweilkanüle und Applikation von Infusionslösungen inklusive der Möglichkeit den venösen Zugang zu spülen oder Arzneimittel zuzuspritzen.

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.30.06.02.1	L	<p>Infusions-Set, steril</p> <p>Beinhaltet mindestens:</p> <p>Abdecktuch, Komresse / Tupfer, Spritze, Kanüle, Venenverweilkatheter, Infusionsleitung, Dreiweghahn, sterile Untersuchungshandschuhe</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung nur zur Applikation einer Infusion über Venenverweilkanüle</li> </ul>	1 Set		19.92	01.10.2022 01.01.2024	N P

**99.31 Einweginstrumente / -hilfsmittel**

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.31.01.01.1		<p>Wattestäbchen, steril</p> <p>Nicht anwendbar mit Pos. 31.10 und 31.20</p>	1 Stück	0.17	0.15	01.10.2022	N
99.31.03.01.1		Einweg Knopfkanüle, steril	1 Stück	3.10	2.79	01.10.2022	N

						01.01.2024	B,P
99.31.04.01.1		Einweg Schere, Metall, steril	1 Stück	3.89	3.50	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
99.31.05.01.1		Einweg Pinzette, Kunststoff, steril	1 Stück	0.54	0.49	01.10.2022	N
99.31.05.02.1		Einweg Pinzette, Metall, steril	1 Stück	2.93	2.64	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
99.31.07.01.1	L	Ringkürette, steril	1 Stück	5.41	4.87	01.10.2022 01.01.2024	N B,P
		Limitation:					
		• HVB Selbstanwendung: Vergütung nur für Personen mit Epidermolysis bullosa (EB)					
99.31.08.01.1		Fadenmesser, steril	1 Stück		0.60	01.10.2022	N
99.31.09.01.1		Klammerentferner, steril	1 Stück		2.31	01.10.2022 01.01.2024	N P

#### 99.50 Hilfsmittel für die Medikamenteneinnahme

Positions-Nr.	L	Bezeichnung	Menge / Einheit	HVB Selbstanwendung	HVB Pflege	Gültig ab	Rev.
99.50.01.00.1	L	Medikamenten-Dosierbox	1 Stück	18.07	13.55	01.01.1996 01.10.2021 01.01.2023 01.01.2024	C,P C B,P
		Limitation:					
		• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben oder bei Anwendung und Rechnungsstellung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause					
		• max. 2 Stück pro Jahr					
99.50.15.00.1	L	Tablettenmörser	1 Stück	13.05	11.74	01.01.2023 01.01.2024	N B,P
		Limitation:					
		• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben oder bei Anwendung und Rechnungsstellung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause					

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 Stück pro Jahr</li> </ul>					
99.50.20.00.1	L	<p>Tablettenteiler</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HVB Pflege: Vergütung nur bei Anwendung durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben oder bei Anwendung und Rechnungsstellung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause</li> <li>• max. 1 Stück pro Jahr</li> </ul>	1 Stück	13.05	11.74	01.01.2023 01.01.2024	N B,P