

# Merkblatt: Diabetes mellitus und die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die OKP ist eine Sozialversicherung, die umfassende Leistungen erbringt.

## 1. Versicherungsobligatorium und Wahl der Krankenkasse

In der Schweiz gilt ein Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung: Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert 3 Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz versichern.

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den zugelassenen Krankenkassen frei wählen. Letztere müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen, und zwar vorbehaltlos. Es gilt zudem das Prinzip der vollen Freizügigkeit: Versicherte können unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist den Versicherer jeweils auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.

Teilt die bisherige Kasse der versicherten Person eine neue Prämie mit, so ist der Kassenwechsel gar unter Einhaltung einer 1-monatigen Kündigungsfrist (auf Ende Jahr) möglich, und zwar unabhängig davon, ob die neue Prämie höher, gleich hoch oder tiefer ist als vorher. Um Prämien zu sparen gibt es diverse Möglichkeiten (z.B. Erhöhung der Franchise), erkundigen Sie sich gut. Gewisse Versicherungen gewähren auch Rabatte für Familien mit mehreren Kindern. Merke: Die Kündigung muss, am besten per Eingeschrieben, spätestens am 30. November bei der Versicherung sein. Egal ob Sie „gesund“ oder „krank“ sind, ob Sie Diabetiker sind oder nicht, Sie können die Versicherung wechseln und diese muss Sie (ohne Vorbehalt) aufnehmen.

Ein Wechsel per 30.06. eines Jahres ist nur für Versicherte mit einer ordentlichen Franchise (CHF 300.—) möglich.

## 2. Die versicherten Risiken

In der obligatorischen Versicherung sind die Risiken Krankheit und Mutterschaft versichert. Das Unfallrisiko ist ebenfalls versichert, sofern über den Arbeitgeber keine Deckung für Berufs- und Nichtberufsunfälle besteht. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kommt für die versicherten Risiken während der Dauer der Versicherung auf. Unerheblich ist, ob der Ausbruch der Krankheit, ein Unfall oder der Beginn einer Schwangerschaft bereits in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fallen. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt das Territorialitätsprinzip. Es werden im Prinzip nur Kosten übernommen, die in der Schweiz entstanden sind. Eine Ausnahme bilden Notfallbehandlungen während eines vorübergehenden Auslandaufenthaltes deren Kosten müssen ebenfalls übernommen werden.

- ⇒ Für Diabetiker ist es vor einer Reise ins Ausland besonders wichtig, die Deckung zu überprüfen.

Gegebenenfalls ist eine Zusatzversicherung abzuschließen (siehe Merkblatt freiwillige Zusatzversicherung). Die OKP übernimmt höchstens den doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet würden. Das heisst, dass bei Reisen in Länder wo die Gesundheitskosten unter Umständen höher sind als in der Schweiz, über eine Zusatzversicherung nachgedacht werden (z.B. USA) muss. Auch verlangen gewisse Länder, dass die erbrachten Leistungen vor Ort direkt bezahlt werden. Beziehen Sie beispielsweise in den USA Insulin, kann es sein, dass Sie dieses sofort bezahlen müssen. Des Weiteren gibt es immer wieder Diskussionen, was überhaupt als Notfall gilt. Der Bezug von Insulin könnte unter Umständen nicht als Notfall gewertet werden.

### 3. Franchise und Selbstbehalt

Volljährige Versicherte haben an die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Behandlungen pro Kalenderjahr einen festen Betrag (Franchise, zurzeit mind. CHF 300.- pro Jahr) selbst beizutragen. Für Kinder wird keine Franchise erhoben. Zusätzlich haben sie auf den die Franchise übersteigenden Kosten der Behandlung einen Selbstbehalt von 10% zu leisten, maximal jedoch jährlich CHF 700.-. Bei Kindern beträgt der Selbstbehalt ebenfalls 10% der Kosten, maximal jedoch CHF 350.- pro Jahr. Versicherte (Erwachsene und Kinder) können sich für ein Modell mit erhöhter Franchise entscheiden und erhalten im Gegenzug eine angemessene Prämienreduktion.

Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

### 4. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen

Die Krankenkassen haben die Kosten ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen zu übernehmen.

Alle Leistungen in der OKP müssen von Gesetzes wegen die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Für die von einem Arzt erbrachten Leistungen gilt die sogenannte Pflichtleistungsvermutung. Es wird davon ausgegangen, dass diese dann wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Bei einigen umstrittenen Massnahmen hat die zuständige medizinische Fachkommission folgendes entschieden:

- Die Insulintherapie mit einer **Infusionspumpe** ist von den Krankenkassen als Pflichtleistung zu übernehmen, wenn die zu behandelnde Person eine extrem labile Blutzuckereinstellung hat, sie auch mit der Methode der Mehrfachinjektion nicht befriedigend eingestellt werden kann und die Indikation des Pumpeneinsatzes sowie die Betreuung der zu behandelnde Person durch ein qualifiziertes Zentrum erfolgt.

- Das kontinuierliches Glukosemonitoring-System (**CGM**) mit Alarmfunktion ist zu übernehmen, sofern:
  - Der HbA1c-Wert gleich oder höher als 8 % ist und/oder
  - bei schwerer Hypoglykämie, Grad II oder III oder
  - bei schweren Formen von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisation

Die Kostenübernahme erfolgt nur auf Basis einer vorgängigen Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt. Es muss eine Verschreibung durch einen Facharzt/Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie vorliegen, die Erfahrung in der Anwendung der CGM-Technologie hat. Nach 12 Monaten ist eine erneute Kostengutsprache notwendig.

- **Sensor-basiertes Glukose Monitoring System** mit vorkalibrierten Sensoren und Wertabfragen (sogenannte Flash Systeme) werden nur auf Verordnung durch Fachärzte und Fachärztinnen für Endokrinologie/Diabetologie rückvergütet – und nur bei einem Diabetes mellitus unter einer intensivierten Insulintherapie (Pumpentherapie oder Basis-Bolus-Therapie, bei der der Bolus abhängig vom aktuellen Blutzucker, der Menge an zugeführten Kohlenhydraten und der geplanten körperlichen Aktivität berechnet wird).
- Eine **Adipositasbehandlung** muss übernommen werden, wenn der Patient/die Patientin einen Body-Mass-Index von mehr als 30 aufweist. Bei Menschen ab einem BMI von 25 und bestehenden Folgeerkrankungen, wenn die Behandlung positive Auswirkungen auf diese Erkrankungen hat, wird die Behandlung ebenfalls übernommen.

Operative Behandlungen - sogenannte bariatrische Behandlungen - werden von der OKP übernommen sofern folgende Punkte erfüllt sind:

- Bei einem BMI von über 35 kg/m<sup>2</sup>
  - Wenn eine zweijährige, adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion in der Vergangenheit erfolglos war.
  - Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)».
  - Die Durchführung an Zentren, die aufgrund ihrer Organisation und ihres Personals in der Lage sind, bei der operativen Adipositasbehandlung die Richtlinien der SMOB zu respektieren (nur mit vorgängiger Kostengutsprache der Versicherung). Oder von der SMOB anerkannt sind.
- Die **hyperbare Sauerstofftherapie** ist eine kassenpflichtige Behandlung bei diabetischem Fussyndrom in fortgeschrittenem Stadium. (Stadium  $\geq$  2B nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation).
  - Die Kosten einer **ambulant durchgeführten Rehabilitation** für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sind von den Versicherern als Pflichtleistung zu übernehmen (höchstens einmal in drei Jahren), falls eine vorgängige Gutsprache des Versicherers mit ausdrückli-

cher Bewilligung des Vertrauensarztes vorliegt und die Rehabilitation dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie entspricht.

## 5. Diabetesfachberatung und Ernährungsberatung

Die Krankenversicherer haben die Kosten einer ärztlich angeordneten Diabetesfachberatung zu übernehmen, wenn sie von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern mit entsprechender Qualifikation erbracht wird. Die Diabetesberatung umfasst die Beratung über den Diabetes mellitus und die Schulung im Umgang mit der Krankheit.

In den Diabetesberatungsstellen sind neben Diabetesfachberater/-innen auch Ernährungsberater/-innen im Rahmen eines interdisziplinären Angebots zulasten der Krankenversicherung tätig. Die Kosten für die ärztlich verordnete Ernährungsberatung werden für sechs Sitzungen übernommen. Unter gewissen Umständen kann die Anzahl erhöht werden.

## 6. Medizinische Fusspflege und Podologie

Diabetesbetroffene müssen ihre Füsse regelmässig kontrollieren, um unbemerkten, gefährlichen Verletzungen aufgrund von allfälligen Nervenschädigungen und Durchblutungsstörungen vorzubeugen. Auch muss die medizinische Fusspflege durch besonders geschultes Fachpersonal erfolgen, damit sie von der Krankenkasse vergütet wird.

Ambulante Fusspflege können Sie in den regionalen Diabetesgesellschaften in Anspruch nehmen. Weiter kann der Fusspfleger respektive die Fusspflegerin, die sich um Diabetesbetroffene kümmert, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie von einer anerkannten Spitex-Organisation angestellt oder als Pflegefachperson zugelassen ist.

Per 1. Januar 2022 dürfen auch Podologen und Podologinnen mit einem Abschluss der höheren Fachschule (HF) auf ärztliche Anordnung hin Leistungen bei Diabetesbetroffenen erbringen, sofern diese ein erhöhtes Risiko für einen diabetischen Fuss aufweisen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über den Leistungsumfang.

Mehr Informationen zum Thema Fusspflege finden Sie auf unserer [Homepage](#).

## 7. Arzneimittel

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenkassen die Kosten ärztlich verordneter Arzneimittel zu übernehmen, falls diese in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder der Spezialitätenliste (SL) figurieren.

Apotheker oder Apothekerinnen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika ersetzen, wenn der Arzt oder die Ärztin nicht ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren die Apotheker oder Apothekerinnen die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.

Bei den Arzneimitteln gibt es einen differenzierten Selbstbehalt: Sind in der Spezialitätenliste (SL) mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung aufgeführt, so kann der

Selbstbehalt 20 Prozent betragen, wenn Sie anstelle eines Generikums das Originalpräparat erhalten. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt oder Ärztin oder bei Ihrem Apotheker oder Apothekerin.<sup>1</sup>

## 8. Behandlungsgeräte

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenkassen die Kosten jener Behandlungsgeräte zu übernehmen, die in der MiGeL (Mittel- und Gegenständeliste) aufgeführt sind. Diese Liste umschreibt die Voraussetzungen für die Kostenübernahme sowie die Tarife. Die Kostenübernahme für Insulinpumpen, CGM, Flash Glukosemessgeräte wurden bereits unter Ziff. 4 erläutert.

- **Blutzuckermessgeräte:** Die Krankenkassen haben bei allen Diabetesbetroffenen (insulinbehandelt oder nicht) die Kosten eines Blutzuckermessgeräts zu übernehmen, auch eines solchen mit integrierter Stechhilfe. Blinde und stark sehbehinderte insulinabhängige Diabetiker/Diabetikerinnen haben Anspruch auf die Vergütung der Kosten eines Blutzuckermessgeräts mit Sprachausgabe.
- **Blutzucker-Teststreifen:** Die Krankenkassen haben auch die Kosten der notwendigen Blutzucker-Teststreifen sowie des Verbrauchsmaterials (Lanzetten für die Stechgeräte und Alkoholtupfer) zu übernehmen. Die Anzahl der Teststreifen ist für nicht insulinabhängige Diabetiker auf 200 Teststreifen jährlich beschränkt.

## 9. Hilfsmittel

In der Liste der von den Krankenkassen zu übernehmenden Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL (siehe oben) finden sich nebst den unter Ziff. 8 beschriebenen Behandlungsgeräten weitere einzelne Hilfsmittel (wie z.B. Krücken, Orthesen, Prothesen der Extremitäten, Brust-Exoprothesen, Augenprothesen). Die Krankenkassen haben für diese Hilfsmittel aufzukommen, wenn die IV nicht leistungspflichtig ist und eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Ein Beitrag für Brillen und Kontaktgläser wird nur in Spezialfällen (z.B. bei krankheitsbedingten Refraktionsänderungen im Falle eines Katarakts, bei Diabetes, Makulaerkrankungen, Augenmuskelerkrankungen oder Amblyopie) gewährt. Er beträgt in der Regel CHF 180.— pro Jahr. Erkundigen Sie sich bei der IV oder AHV betreffend Kostenübernahme für Sehhilfen.

## 10. Ambulante Pflege

Die Krankenkassen haben aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Kosten ambulanter Pflegemassnahmen (Abklärung, Beratung und Koordination, Behandlungspflege, Grundpflege inkl. Hilfe bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen und beim Trinken und Essen, nicht aber Haushalthilfe) zu übernehmen, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von zugelassenem Pflegepersonal oder Spitex-Organisationen, respektive Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, erbracht werden. Je nach Kanton haben die Versicherten einen Teil der Kosten zu finanzieren.

---

<sup>1</sup> Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

## 11. Stationäre Behandlung

Die Krankenkassen haben im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zusammen mit dem Wohnsitzkanton die Kosten des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung eines Spitals zu übernehmen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es muss sich um ein Spital handeln, das auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt ist. Es spielt dabei keine Rolle mehr, ob es sich um ein öffentliches Spital oder um ein Privatspital handelt.
- Die versicherte Person muss spitalbehandlungsbedürftig sein, d.h. die Behandlung erfordert nach Ansicht der Ärzte einen Aufenthalt im Spitalmilieu.
- Die Behandlung muss die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Eine stationäre Behandlung muss auch dann übernommen werden, wenn sie in einem ausserkantonalen Spital stattfindet, wobei die Krankenkasse in einem solchen Fall ihre Leistungen nach jenem Tarif erbringt, der im Wohnkanton gilt. Immer voll übernommen werden ausserkantonale Aufenthalte bei Notfällen oder wenn die betreffende Behandlung in keinem Spital im Wohnkanton angeboten wird.

*Caroline Brugger, 2022*