

Factsheet Diabetes mellitus und die obligatorische Krankenpflegeversicherung

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: Diese 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. Ein Wechsel per 30.06. eines Jahres ist nur für Versicherte mit einer ordentlichen Franchise (Fr. 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 Auslandsaufenthaltes, deren Kosten ebenfalls übernommen werden müssen.

3. Franchise und Selbstbehalt

Die volljährigen Versicherten haben an die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Behandlungen pro Kalenderjahr einen festen Betrag (Franchise, zurzeit Fr. 300.- pro Jahr) selber beizutragen. Zusätzlich haben sie auf den die Franchise übersteigenden Kosten der Behandlung einen Selbstbehalt von 10% zu leisten, maximal jedoch jährlich Fr. 700.-. Bei Kindern beträgt der Selbstbehalt ebenfalls 10% der Kosten, maximal jedoch Fr. 350.- pro Jahr.

Gegen eine angemessene Prämienreduktion können sich Versicherte für ein Modell mit erhöhter Franchise entscheiden.

4. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen

Die Krankenkassen haben die Kosten ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen zu übernehmen. Darunter fallen auch Behandlungen, welche von ärztlich angestelltem medizinischen Personal (wie z.B. Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Diabetesfachberaterinnen und Ernährungsberaterinnen) unter direkter Aufsicht und in den Praxisräumen des Arztes vorgenommen werden.

Die Kosten solcher Behandlungen und Untersuchungen werden nur übernommen, wenn sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. 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 Diabetikerin ist, 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. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt kann sie auch durch einen frei praktizierenden Facharzt mit Erfahrung erfolgen.
- Eine operative Adipositasbehandlung muss übernommen werden, wenn der Patient einen Body-Mass-Index von mehr als 35 aufweist und eine 2-jährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion erfolglos gewesen ist. Die Indikationsstellung erfolgt gemäss den Richtlinien der „Swiss Study Group for Morbid Obesity“ (SMOB) zur operativen Behandlung von Übergewicht.
- Die hyperbare Sauerstofftherapie ist eine kassenpflichtige Behandlung bei diabetischem Fuss-syndrom in fortgeschrittenem Stadium.
- 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 ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes vorliegt und die Rehabilitation dem Anforderungsprofil der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie entspricht.

5. Diabetesfachberatung

Die Krankenversicherer haben die Kosten einer ärztlich angeordneten Diabetesfachberatung zu übernehmen, wenn sie von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder von zugelassenen Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft erbracht wird. Die Diabetesberatung umfasst die Beratung über den Diabetes mellitus und die Schulung im Umgang mit der Krankheit. In den Diabetesberatungsstellen dürfen neben Diabetesfachberaterinnen auch Ernährungsberaterinnen im Rahmen eines interdisziplinären Angebots zulasten der Krankenversicherung tätig sein.

6. 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.

Wählt eine versicherte Person als Arzneimittel ein Originalpräparat, obschon in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, die mindestens 20% weniger kosten als das Originalpräparat, und verschreibt der Arzt nicht ausdrücklich aus medizinischen Gründen das Originalpräparat, so erhöht sich der Selbstbehalt von 10% auf 20%. Der jährliche Maximalbetrag von Fr. 700.- für Erwachsene und Fr. 350.- für Kinder bleibt jedoch unverändert.

7. Behandlungsgeräte

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die Krankenkassen die Kosten jener Behandlungsgeräte zu übernehmen, die in der MiGeL (Mittel- und Gegenständelliste) aufgeführt sind. Diese Liste umschreibt die Voraussetzungen für die Kostenübernahme sowie die Tarife. Für Personen mit Diabetes mellitus sind folgende Positionen von Interesse:

- **Insulinpumpen:** Ist die Indikation für eine Insulintherapie mit einer Infusionspumpe gegeben, so haben die Krankenkassen die Mietkosten eines Insulinpumpensystems zu übernehmen.
- **Blutzuckermessgeräte:** Die Krankenkassen haben bei allen Diabetikern (insulinbehandelt oder nicht) die Kosten eines Blutzuckermessgeräts zu übernehmen, auch eines solchen mit integrierter Stechhilfe. Blinde und stark sehbehinderte insulinabhängige Diabetiker 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 400 Teststreifen jährlich beschränkt.
- Die Krankenkassen müssen unter gewissen Voraussetzungen auch Geräte zur kontinuierlichen Blutzuckermessung (CGM) bei Patienten mit Insulinpumpe übernehmen: Es muss eine schwere

Hypoglykämie Grad II oder III oder eine schwere Form von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisierung vorliegen, der HbA1C-Wert muss mindestens 8% betragen und die Verschreibung muss durch einen Facharzt für Endokrinologie oder Diabetologie erfolgen. Die Leistungen umfassen den Kauf oder die Miete des Glukosemonitoring-Systems sowie den Erwerb von Glukosesensoren.

8. Hilfsmittel

Die Übernahme von Hilfsmitteln gehört an sich nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Allerdings figurieren in der Liste der von den Krankenkassen zu übernehmenden „Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen“ auch einzelne Hilfsmittel (wie z.B. Krücken, Orthesen, Prothesen der Extremitäten, Brust-Exoprothesen, Augenprothesen sowie Brillengläser und Kontaktlinsen). Die Krankenkassen haben für diese Hilfsmittel aufzukommen, wenn die IV nicht leistungspflichtig ist.

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 180 Franken pro Jahr.

9. 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 Haushaltshilfe) zu übernehmen, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin von zugelassenem Pflegepersonal oder Spitex-Organisationen erbracht werden. Je nach Kanton haben die Versicherten ihrerseits einen Teil der Kosten zu finanzieren.

Fusspfleger, die sich um die Fusspflege von Diabetikern kümmern, können nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie von einer anerkannten Spitex-Organisation angestellt werden oder wenn sie als Pflegefachpersonen zugelassen sind.

10. 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.



SDG ASD
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
Association Suisse du Diabète
Associazione Svizzera per il Diabete

- 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.

Die Erstellung dieses Leitfadens wurde ermöglicht dank der Unterstützung von:



(Quellen: „Chronisch krank - was leisten die Sozialversicherungen? Leitfaden 2013, Krebsliga Schweiz/ Lungenliga Schweiz / Schweizerische Diabetes-Gesellschaft / Rheumaliga Schweiz“, mit freundlicher Unterstützung von Herrn G. Pestalozzi-Seger, Integration Handicap)