



Merkblatt Vergütung der Medikamente für CF-Betroffene

Medikamente bis zum 20. Lebensjahr

CF-Betroffene erhalten gemäss ihrer IV-Verfügung für medizinische Massnahmen bis zu ihrem 20. Altersjahr die Medikamente über die Invalidenversicherung (IV) vergütet. Die IV richtet sich grundsätzlich – wie die Krankenversicherung – nach der Spezialitätenliste (SL) des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Ausnahmen **kann** sie mit einer speziellen ärztlichen Begründung bewilligen.

Medikamente ab dem 20. Lebensjahr

Ab dem 20. Lebensjahr sind für medizinische Massnahmen, also auch für die Medikamente, die Krankenversicherungen zuständig. Siehe Krankenversicherungsgesetz (KVG). Das KVG umschreibt die Pflichtleistungen, welche aus der Grundversicherung bezahlt werden müssen. Unter www.spezialitätenliste.ch finden Sie die aktuelle Spezialitätenliste.

Der Link „Index der SL-Verzeichnisse“ bietet Suchmöglichkeiten nach Name, Firma, Wirkstoff etc. Nur Präparate, die auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind, müssen aus der Grundversicherung übernommen werden.

Achtung: auch Packungsgrösse beachten!

Für CF-Betroffene gelten zusätzlich zur Spezialitätenliste diejenigen Medikamente als Pflichtleistung der Grundversicherung, **welche den Versicherten von der Invalidenversicherung (IV) wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und welche die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen**. Diese Medikamente sind im Anhang der Spezialitätenliste unter der **Geburtsgebrehenmedikamentenliste (GGML)** zu finden.

Leider klappt die Vergütung von Medikamenten der GGML aus der Grundversicherung nicht immer. Was können Sie tun? **Um Schwierigkeiten vorzubeugen**, beschaffen Sie sich möglichst vor 20-jährig oder bald danach eine Liste aller Medikamente, welche Ihnen die IV vergütet hat (oder bei der Apotheke anfragen). Schicken Sie diese Liste zusammen mit der IV-Verfügung über die medizinischen Massnahmen bis zum 20. Geburtstag an die Krankenversicherung, damit diese vermerken können, dass die Medikamente der GGML aus der Grundversicherung abgerechnet werden müssen. Hinweis: Der Prozess zur Beschaffung dieser Liste wird je nach Kanton unterschiedlich gehandhabt und einige Kantone erstellen aktuell gar keine solchen Listen mehr.

Bei Erhalt der Abrechnung der Krankenversicherung

- **Überprüfen Sie, ob ein nicht pflichtiger Betrag auf der Abrechnung zu Ihren Lasten verrechnet wurde.**
- Sollte dies der Fall sein, fragen Sie bei der Krankenversicherung nach, um welche Medikamente es sich handelt. In Einzelfällen können auch detaillierte Leistungsabrechnungen verlangt werden.
- Ist dieses Medikament auf der GGML, klären Sie die/den SachbearbeiterIn über die GGML und Ihr Geburtsgebrehen auf, evtl. „Beweis“ bzw. Liste der bezogenen und von der IV vergüteten Medikamente schicken.
- Sollte die Krankenversicherung weiterhin die Übernahme von Pflichtmedikamenten verweigern, verlangen Sie bei der Krankenversicherung schriftlich eine (rekursfähige) Verfügung. Die Kasse ist gesetzlich verpflichtet, innert 30 Tagen auf Verlangen eine solche auszustellen. Siehe Musterbrief Rekurs Krankenkasse, den Sie auf Ihre persönliche Situation anpassen müssen. Bei Fragen wenden Sie sich an die CF-Sozialberatung.
- Falls Sie auf diesen Brief keine Antwort oder erneut eine abschlägige Antwort erhalten, lassen Sie sich von den Sozialarbeitenden eines CF-Zentrums beraten.
- Zusätzliche Argumente gegenüber der Krankenkasse könnten sein: *Gleichbehandlung* von Patient/innen (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG, Art. 5 Buchstabe f); Materialien und Hilfsmittel, die zum *Behandlungskomplex* für ein Pflichtmedikament gehören; *Besitzstandwahrung* für Patient/innen; einige Medikamente können als *lebensnotwendig* gelten (Verordnung über die Krankenversicherung KVV, Art. 71 Buchstaben a/b).



Verwirrung stiften manchmal die **Medikamenten-Abrechnungen bei Zusatzversicherten**. Pflichtmedikamente sind in jedem Fall (nach Abzug der Kostenbeteiligungen) voll über die Grundversicherung gedeckt. Nur die Medikamente, die wirklich nicht in der SL bzw. GGML aufgeführt sind, darf die Versicherung über eine allfällige Zusatzversicherung abrechnen.

Im Weiteren existiert ein einschlägiger [Bundesgerichtsentscheid 142 V 425](#), aus dem das Nähere zur Leistungspflicht der Krankenversicherung bei Geburtsgebrechen hervorgeht. Wichtig ist die Erwägung Nr. 8 ganz am Ende des Dokuments.

Die gesetzliche Grundlage findet sich in Art. 52 Abs. 2 KVG:

Für Geburtsgebrechen (Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, Art. 3 Abs. 2) werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.

Listen nach Absatz 1 sind die folgenden:

- eine Liste der Analysen mit Tarif,
- eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,
- Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

Wenn etwas in diesen Listen fehlt, kann die Erwägung Nr. 8 des oben erwähnten Bundesgerichtsentscheids hilfreich sein: *«[...] Der Leistungskatalog der Invalidenversicherung wird in den Leistungskatalog der Krankenversicherung übernommen. Nicht ersichtlich ist daher, weshalb die beiden fraglichen Spezialnährmittel, die explizit zum invalidenversicherungsrechtlichen Leistungskatalog gehören, nicht in die Listen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für therapeutische Massnahmen aufgenommen worden sind. Soweit sie in den Richtlinien der GESKES fehlen, sind diese deshalb unvollständig.»*