



IV-Rundschreiben Nr. 262

Kostenteiler bei DRG-Rechnungen / Artikel 64 ATSG

Wir möchten Sie mit diesem Rundschreiben auf das Urteil des Bundesgerichts vom 29. November 2007 (BGE 134 V 1) aufmerksam machen. Darin hat sich das Bundesgericht mit der Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei einem Behandlungskomplex im Sinne von Artikel 64 ATSG auseinandergesetzt.

Das Bundesgericht führt folgendes aus: Mehrere, in stationärer Heilbehandlung erbrachte medizinische Massnahmen fallen, je für sich allein, in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Versicherungen und werden zwar gleichzeitig erbracht, betreffen jedoch voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden. Dieser Sachverhalt ist grundsätzlich nicht unter Art. 64 Abs. 3 ATSG zu subsumieren. Vielmehr hat der Gesetzgeber in solchen Fällen eine Koordination im Sinne der absoluten Priorität zu Lasten der nach Art. 64 Abs. 2 ATSG leistungspflichtigen Sozialversicherung nicht beabsichtigt.

Die wichtigsten Punkte aus diesem Urteil sind (Auszug aus den Erwägungen):

6.1 [...] Art. 64 Abs. 3 ATSG regelt die grundsätzliche Pflicht der nach Abs. 2 leistungspflichtigen Versicherung zur Übernahme zweigfremder Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der (einzige) Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihr zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist (beispielsweise wenn ein Wirbelsäulenleiden sowohl auf einem Unfall wie auch auf degenerativen [unfallfremden] Entwicklungen beruht. [...])

Wie sich die Leistungspflicht bei mehreren, auf unterschiedlichen Ursachen beruhenden, aber – beispielsweise aus medizinischen Zweckmässigkeitsüberlegungen - im Rahmen derselben stationären Heilbehandlung therapierten Schäden bestimmt (beispielsweise wenn zum Wirbelsäulenleiden ein Lungenkarzinom hinzutritt) wird in Art. 64 Abs. 3 ATSG nicht und in Abs. 4 nur für den speziellen Fall geregelt, wo weitere Schäden während der stationären Heilbehandlung eintreten (sog. interkurrente Gesundheitsschäden) und eine getrennte Behandlung nicht möglich ist.

8.1 [...] Das Zusammentreffen mehrerer, in stationärer Heilbehandlung erbrachter medizinischer Massnahmen, die je für sich allein in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Versicherungen fallen und zwar gleichzeitig erbracht werden, jedoch voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden betreffen, ist somit grundsätzlich nicht unter Art. 64 Abs. 3 ATSG zu subsumieren. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber in solchen Fällen eine Koordination im Sinne der absoluten Priorität zu Lasten der nach Art. 64 Abs. 2 ATSG leistungspflichtigen Sozialversicherung gerade nicht beabsichtigt hatte. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass selbst bei interkurrenten Gesundheitsschäden eine

Leistungspflicht für "fremde" Schäden nur dann greift, wenn eine getrennte Behandlung nicht möglich ist (Art. 64 Abs. 4 ATSG). [...]

8.2 Werden die operative Behebung eines Geburtsgebrechens und eines davon unabhängigen, grundsätzlich nicht in den Anwendungsbereich der Invalidenversicherung fallenden Gesundheitsschadens im Rahmen einer einzigen stationären Heilbehandlung angegangen, etwa weil die Gebrechen im gleichen körperlichen Bereich lokalisiert sind und es aus medizinischer Sicht sinnlos oder gar unverantwortlich wäre, zwei selbstständige Eingriffe nebeneinander (der eine zu Lasten der Invalidenversicherung, der andere zu Lasten der Krankenversicherung) durchzuführen, sind die dabei entstehenden Kosten somit in aller Regel aufzuteilen. Die Aufteilung der Kosten hat sich nach dem bei getrennter Behandlung der Schäden von den jeweiligen Sozialversicherungen zu übernehmenden Anteil zu richten, deren Bezifferung im Einzelfall gestützt auf diesbezügliche ärztliche Angaben erfolgen muss. [...]

Wenn es sich also um voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden handelt, ist der Fall in aller Regel zwischen den verschiedenen Kostenträgern aufzuteilen (vgl. hierzu Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 64 Rz 1 ff.). Die Leistungspflicht jedes Kostenträgers geht in diesen Fällen nur soweit, wie es das jeweilige Sozialversicherungsgesetz (IVG, KVG, UVG, MVG) vorsieht.

Sind die verschiedenen Gesundheitsschäden nicht voneinander abgrenzbar, übernimmt nur eine einzige Versicherung die gesamten Kosten der stationären Behandlung, und zwar gemäss der Prioritätenordnung in Artikel 64 ATSG.

Somit sind von der IV-Stelle sämtliche Rechnungen für stationäre medizinische Behandlungen dahingehend zu prüfen, ob die Invalidenversicherung für die gesamte Aufenthaltsdauer leistungspflichtig ist oder ob gemäss IVG nur ein Teil der Behandlung übernommen werden muss. Dies betrifft in erster Linie die nach Fallpauschalen (DRG) abgerechneten Fälle. Ist die IV nur für einen Teil leistungspflichtig, ist vom Spital ein Arztbericht mit den erforderlichen Angaben einzufordern, damit der Leistungsumfang der IV bestimmt werden kann. Bei den Geburtsgebrechen 494 ff. wäre dies z.B. die Dauer der Intensivbehandlung oder das Erreichen eines bestimmten Körpergewichts. Der zu übernehmende Anteil sollte wenn möglich in Tagen festgelegt werden, z.B. mit der Formulierung „die Invalidenversicherung übernimmt die durchgeführte Intensivbehandlung, gemäss Arztbericht vom (Datum) sind dies X Aufenthaltstage“, damit das Spital die Kosten aufteilen kann. Die schriftliche Verfügung/Mitteilung geht an den Versicherten mit Kopie an das Spital und den Krankenversicherer.

Diese Regelung gilt für alle nach dem 1. Januar 2008 abgerechneten stationären medizinischen Behandlungen.