Urteilskopf

134 V 1

1. Auszug aus dem Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung i.S. CSS Kranken-Versicherung AG gegen IV-Stelle Schwyz, betreffend Z. (Verwaltungsgerichtsbeschwerde) I 1098/06 vom 29. November 2007

Regeste (de):
Art. 64 ATSG; Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei einem Behandlungskomplex.

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 (E. 8.1).

Regeste (fr):
Art. 64 LPGA; obligation de prestation de l'assurance-invalidité en cas de complexe thérapeutique.

Même délivrés simultanément, plusieurs traitements ambulatoires dont la prise en charge incombe à des assureurs différents sont réputés concerner des atteintes à la santé distinctes les unes des autres et l'art. 64 al. 3 LPGA ne s'applique en principe pas. Dans ces cas, le législateur n'a pas entendu aménager un système de coordination impliquant la responsabilité absolue de l'assureur social tenu de verser des prestations selon l'ordre de priorité prévu à l'art. 64 al. 2 LPGA (consid. 8.1).

Regesto (it):
Art. 64 LPGA; obbligo di prestazione dell'assicurazione per l'invalidità in caso di complesso terapeutico.

Pur essendo dispensati contemporaneamente, i diversi provvedimenti sanitari forniti nel corso di un trattamento stazionario ricadono ognuno nella sfera di competenza delle diverse assicurazioni e riguardano danni alla salute tra loro distinti. L'art. 64 cpv. 3 LPGA non è di principio applicabile a tale fattispecie. In questi casi, il legislatore non ha inteso istituire un sistema di coordinazione nel senso di una precedenza assoluta a carico dell'assicurazione sociale obbligata in virtù dell'art. 64 cpv. 2 LPGA (consid. 8.1).

Erwägungen ab Seite 2

Aus den Erwägungen:

6.

6.1 Wie die Vorinstanz zutreffend ausführt, hat nach dem in Art. 64 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz

der absoluten Priorität ausschliesslich eine einzige Sozialversicherung die Heilbehandlung (soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind) zu übernehmen. Ein in der Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG subsidiärer Sozialversicherungsträger wird nicht leistungspflichtig (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2003, N. 3 zu Art. 64 ATSG). 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 (vgl. hiezu auch den französischen ["l'atteinte à la santé"]und italienischen ["il danno alla salute"]Gesetzestext, die beide auch nur von einem einzelnen Gesundheitsschaden sprechen; zur Gleichwertigkeit der drei Amtssprachen: Art. 14 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. Juni 2004 über die Sammlungen des Bundesrechts und das Bundesblatt [Publikationsgesetz, PublG; SR 170.512]) 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; KIESER, a.a.O., N. 17 zu Art. 64 ATSG). 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; KIESER, ebd.), 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.

6.2

6.2.1 In Anwendung der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Normen bestimmte das Eidg. Versicherungsgericht den leistungspflichtigen Sozialversicherungsträger bei einem sogenannten Behandlungskomplex (d.h. beim Zusammentreffen verschiedener medizinischer Massnahmen, die gleichzeitig verschiedene, jedoch unter sich zusammenhängende Zwecke verfolgen, die für sich allein genommen sozialversicherungsrechtlich unterschiedliche Folgen nach sich ziehen würden) nach dessen überwiegendem Zweck (BGE 120 V 200 E. 7b S. 212 ff. mit Hinweisen). In BGE 112 V 347 hatte das Eidg. Versicherungsgericht zu beurteilen, welcher Sozialversicherer leistungspflichtig war für die gleichzeitige Vornahme einer auf ein Geburtsgebrechen zurückzuführenden Orchidopexie (operative Verlagerung des Hodens in den Hodensack) und einer Herniotomie (Leistenbruchoperation), welche aufgrund einer nicht (mehr) in der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführten Inguinalhernie (Leistenbruch) notwendig wurde. Das Gericht erwog, die Invalidenversicherung sei vollumfänglich leistungspflichtig, wenn in einem einzigen operativen Eingriff gleichzeitig ein Geburtsgebrechen und ein anderes, grundsätzlich in den Bereich der Krankenversicherung gehörendes Gebrechen angegangen wird, soweit weder die Behebung des einen noch des anderen Leidens im Vordergrund steht, der Eingriff für beide Schäden medizinisch indiziert ist und durch deren gleichzeitige Behebung keine Mehrkosten entstehen. Das Gericht begründete seinen Entscheid damit, dass die Invalidenversicherung im Vergleich mit der damals (d.h. vor dem 1. Januar 1996) noch nicht obligatorischen Krankenversicherung die besseren Leistungen erbringe und es in Anbetracht dessen, dass rein formell sowohl eine Leistungspflicht

der Kranken- wie auch der Invalidenversicherung (gleichermassen) begründbar sei, nicht jene Lösung den Vorzug verdiene, welche dem Patienten die ihm grundsätzlich in vollem Umfang zustehende invalidenversicherungsrechtliche Deckung versage. Die ungeteilte Kostenzuweisung an die Invalidenversicherung komme sowohl dem Wesen dieser Versicherung als auch jenem des Krankenversicherungsrechts näher (BGE 112 V 347 E. 6 und 7 S. 353 ff.).

6.2.2 Wie die Vorinstanz zutreffend erwägt, kann im Rahmen von Art. 64 Abs. 2 ATSG die Leistungspflicht nicht mehr nach dem überwiegenden Zweck bestimmt werden, da dies zu einer Vermischung von Leistungspflicht und Leistungsumfang führen würde (hiezu auch KIESER, a.a.O., N. 13 zu Art. 64 ATSG). Vielmehr ist zunächst für jede einzelne Heilbehandlung die einzige oder die Mehrzahl der nach Ursache oder Ursachen des Gesundheitsschadens grundsätzlich leistungspflichtige(n) Sozialversicherung(en) zu bestimmen und anschliessend - sofern die versicherungsmässigen Voraussetzungen mehrerer Versicherungszweige erfüllt sind - die Leistungspflicht nach der gesetzlichen Prioritätenordnung festzusetzen. Soweit Vorinstanz und IV-Stelle (unter Berufung auf KIESER) darauf abstellen, welche von mehreren medizinischen Heilbehandlungsmassnahmen zuerst erbracht werden muss, ist mit der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass ein solches Kriterium weder im Gesetzeswortlaut noch in den Materialien eine Stütze findet. Davon abgesehen, dass das Abstellen auf die zeitliche Priorität - wie KIESER zu Recht anführt - ein nicht zu unterschätzendes Missbrauchspotenzial birgt (beispielsweise wenn eine zu Lasten der Krankenversicherung [KV]gehende Behandlung aufgeschoben wird, damit die ebenfalls leistungspflichtige Militärversicherung [MV]nach Art. 64 Abs. 3 ATSG die gesamten Kosten tragen muss; vgl. KIESER, a.a.O., N. 13 zu Art. 64 ATSG) und der Entscheid über die Reihenfolge mehrerer Eingriffe (Operationsablauf) wohl - von Notfallsituationen abgesehen - regelmässig durch organisatorische Kriterien und nicht durch zeitliche Dringlichkeit geprägt sein dürfte, ist ein solches (zusätzliches) Kriterium unnötig, denn die Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG allein erlaubt bereits eine eindeutige Bestimmung der Leistungspflicht. Immerhin spielt das zeitliche Moment aber insoweit eine Rolle, als die Leistungspflicht eines Sozialversicherers höchstens so lange dauert, wie noch eine Behandlung des "eigenen" Versicherungsfalles erfolgt (KIESER, a.a.O., N. 20 zu Art. 64 ATSG).

7.

7.1 Ob die nach Art. 64 Abs. 2 ATSG prioritär leistungspflichtige Versicherung gestützt auf Art. 64 Abs. 3 ATSG in jedem Fall des Zusammentreffens "eigener" und "fremder" Ursachen die gesamten Kosten der stationären Heilbehandlung zu übernehmen hat oder ob es einen (bestimmten) Mindestanteil "eigener" Leistungen braucht, damit eine solche umfassende Leistungspflicht entsteht (vgl. hiezu auch SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Leistungskoordination gemäss Art. 63-71 ATSG, in: René Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], St. Gallen 2003, S. 172), hat das Bundesgericht noch nicht entschieden. Diese Frage ist indes im vorliegenden Verfahren nur zu klären, wenn Art. 64 Abs. 3 ATSG bei gleichzeitiger stationärer Behandlung mehrerer Gesundheitsschäden überhaupt analoge Anwendung finden kann. Dies ist im Folgenden zu prüfen.

7.2 Ist der Wortlaut einer Bestimmung nicht klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente nach seiner wahren Tragweite gesucht werden. Abzustellen ist dabei namentlich auf die Entstehungsgeschichte der Norm und ihren Zweck, auf die dem Text zu Grunde liegenden Wertungen sowie auf die Bedeutung, die der Norm im Kontext mit anderen Bestimmungen zukommt. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht unmittelbar entscheidend, dienen aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen (statt vieler: BGE 133 V 9 E. 3.1 S. 11 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat sich bei der Auslegung von Erlassen stets von einem Methodenpluralismus leiten lassen (BGE 133 V 9 E. 3.1 S. 11).

7.3 Koordinationsbestimmungen im Leistungsbereich waren bereits im Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung der Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht (SGVR) zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung vorgesehen. Im entsprechenden "Bericht und Entwurf" (publiziert in einem Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS], Bern 1984) wurde zu Art. 70 des Entwurfes (der im Wesentlichen dem heutigen Art. 64 ATSG entspricht) auf S. 55 Folgendes festgehalten: "Für die Heilbehandlung gilt die Regel, dass jeweils nur ein System nach seinen Bestimmungen uneingeschränkt zu leisten hat, dass also keinerlei Leistungsaufteilung erfolgt. Dabei besteht insofern eine Prioritätenordnung, als je nach Ursache des Gesundheitsschadens vorerst

die IV (Geburtsgebrechen), die MV oder die UV und, nur wenn keines dieser Systeme leistungspflichtig ist, die KMV (recte: KV) für die Heilbehandlung ihrer Versicherten aufzukommen hat. Als Konsequenz aus diesem Prinzip ergibt sich, dass auch bei nur partieller Erfüllung der Voraussetzungen (z.B. wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf Unfall zurückzuführen ist) oder beim Auftreten interkurrenter Gesundheitsschäden während der Heilbehandlung, der zuständige Sozialversicherungszweig die volle Leistung schuldet. Immerhin soll der Bundesrat über die Zuweisung komplexer Behandlungsfälle Detailvorschriften erlassen können."

7.4 Die Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK; Subkommission ATSG) waren sich einig, dass - wie im Entwurf der SGVR vorgesehen - für die Kosten der Heilbehandlung grundsätzlich nur eine einzige Sozialversicherung aufkommen soll. Verschiedene Kommissionsmitglieder wiesen aber auf die Probleme hin, welche sich bei der ausschliesslichen Leistungspflicht einer Sozialversicherung ergeben, insbesondere auch auf die Pflicht der Versicherung, Leistungen für Schäden zu erbringen, für die sie keine Prämien einnimmt. Die Leistungspflicht für "fremde" Schäden sollte daher eingeschränkt werden und nur greifen, wenn sich eine getrennte Behandlung der Leiden als unmöglich herausstellt. Diese Voraussetzung sei lediglich "in einer Minderheit der Fälle" erfüllt (vgl. Votum des Präsidenten [Protokoll der Sitzung vom 15. August 1995 S. 14]: "Denn auch der erste Satz in Abs. 3, wonach der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von der Sozialversicherung zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist, steht unter der Voraussetzung, dass die Gesundheitsschäden nicht getrennt behandelt werden können"). Einzelne Kommissionsmitglieder vertraten beispielsweise die Meinung, dass selbst im Rahmen stationärer Behandlung bei Beteiligung mehrerer Ärzte eine Aufteilung der Kosten möglich sei; und es wurde diskutiert, ob etwa bei grösseren Unfällen im Rahmen einer Krankheitsbehandlung die Unfallversicherung für die damit zusammenhängenden Kosten aufzukommen habe, selbst wenn die Krankenversicherung prioritär leistungspflichtig wäre (Protokolle der Sitzungen vom 29. Mai und 15. August 1995). Explizit besprochen wurde auch die Rechtslage bei Versicherten mit einem Geburtsgebrechen. Aus den Diskussionsvoten geht hervor, dass interkurrente Krankheiten in solchen Fällen als getrennt behandelbar anzusehen seien, so dass die IV nicht für alle Krankheiten bis zum 20. Lebensjahr bezahlen müsse (Protokoll vom 15. August 1995 S. 15). Die (befürchteten) praktischen Schwierigkeiten bei der

Aufteilung der vorab im stationären Bereich typischen pauschalen Abgeltungen auf mehrere Sozialversicherungen sprachen indes für die Mehrzahl der Kommissionsmitglieder trotz der geäusserten Bedenken dafür, am Grundsatz der absoluten Priorität festzuhalten (Protokoll der Sitzung der SGK vom 16./17. November 1995,

S. 30 f.; KIESER, a.a.O., N. 16 zu Art. 64 ATSG mit Hinweisen auf den [unveröffentlichten]Bericht von alt Nationalrat Allenspach an die nationalrätliche Kommission über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes vom 11. August 1996).

7.5 In der Folge hielten die Räte am Prinzip der absoluten Priorität fest, schränkten dessen Geltung aber (weiter) ein. Weil die Unfallversicherer schwer abschätzbare Mehrkosten befürchteten, wenn die ausschliessliche Leistungspflicht auch für "fremde" Gesundheitsschäden generell eingeführt würde (schriftlicher Bericht der SGK, präsentiert von Nationalrat Philipona anlässlich der Nationalratssitzung vom 15. Dezember 1997; AB 1997 N 2627; vgl. auch LEUZINGER-NAEF, a.a.O., S. 172), aber wohl auch, um den innerhalb der SGK geäusserten Bedenken Rechnung zu tragen (E. 7.4 hievor), beschränkte der Gesetzgeber die exklusive Leistungspflicht einer einzigen Versicherung im Rahmen des "ATSG light" auf die stationäre Behandlung (vgl. Parlamentarische Initiative Sozialversicherungsrecht, Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999, in: BBl 1999 S. 4533). In dieser eingeschränkten Form wurde der Grundsatz der absoluten Priorität schliesslich in Abs. 3 von Art. 64 ATSG verankert.

8.

8.1 Den soeben dargestellten Bedenken gegen eine generelle Umsetzung des Grundsatzes der absoluten Priorität ist Rechnung zu tragen. Dass der Gesetzgeber die ausschliessliche Leistungspflicht einer einzigen Sozialversicherung auch für "fremde" Schäden gleich mehrfach begrenzte, spricht für eine enge Auslegung des Art. 64 ATSG. 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). Wenn der Gesetzgeber aber sogar in solchen Fällen eine generelle Leistungskoordination nach dem Prinzip der absoluten Priorität ablehnte, besteht umso weniger Raum, diese bei der gleichzeitigen Behandlung mehrerer Schäden, die von Beginn weg auf unterschiedlichen Ursachen beruhen, anzunehmen. Nicht abschliessend geklärt zu werden braucht die Frage, ob bei einer Mehrzahl von Eingriffen, die so eng miteinander verbunden sind, dass die Nichtbehandlung des einen Gebrechens die Behandlung des oder der anderen Leiden negativ beeinflussen würde, eine abweichende Betrachtungsweise angezeigt ist, indem die mehreren Schäden rechtlich so zu behandeln sind, wie wenn ein einziger Gesundheitsschaden vorliegen würde (was zur Anwendbarkeit von Art. 64 Abs. 3 ATSG führt).

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. Allfällige durchführungstechnische Schwierigkeiten (insbesondere Probleme bei der Kostenaufteilung im Rahmen vereinbarter Vollpauschalen oder bei austarifierten Einzelpositionen) vermögen zu keiner anderen Auslegung zu führen (hiezu auch BGE 112 V 347 E. 6 und 7 S. 353 ff.). Im Übrigen hat das Eidg. Versicherungsgericht bereits in den unter Geltung des bis 31. Dezember 2002 anwendbaren Rechts beurteilten Fällen die Frage der Kostenteilung regelmässig aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalles geprüft (dabei indes soweit ersichtlich von einer Kostenteilung regelmässig abgesehen).