



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Die medizinischen Massnahmen in der Invaliden- und Krankenversicherung

Bericht zuhanden der SGK-NR

Bern, 15. März 2013

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Invalidenversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Inhalt

1	Auftrag	8
2	Die medizinischen Massnahmen der IV	8
3	Unterschiede zwischen der Invaliden- und Krankenversicherung	12
4	Mögliche Anpassungen bei der Übernahme von medizinischen Massnahmen durch die IV	14
4.1	Ausgangslage	14
4.2	Übersicht über die Varianten	17
4.3	Variante 1: Streichung aller medizinischen Massnahmen der IV	19
4.4	Variante 2: Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung	20
4.5	Variante 3: Gezielte Streichung einzelner medizinischer Massnahmen der IV	21
4.6	Variante 4: Optimierungen der medizinischen Massnahmen der IV	24
5	Fazit	27
6	Anhänge	27
	Anhang I: Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen in	28
	Anhang II: Unterschiede zwischen IV und KV	40
	Anhang III: Gesetzliche Grundlagen	45
	Anhang IV: Koordinationsbestimmungen	58
	Anhang V: Finanzielle Auswirkungen der untersuchten Massnahmen zur Variante 3	63

Der Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit die männliche und weibliche Form nicht immer separat erwähnt; es sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

Abkürzungsverzeichnis

ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EAK	Eidgenössische Arzneimittelkommission
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
GGML	IV Geburtsgebrechenmedikamentenliste
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1985 (SR 831.232.21)
HMG	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) (SR 812.21)
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201)
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KSME	Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
MVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (SR 833.1)
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst der IV
Rz	Randziffer
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SL	Spezialitätenliste
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (SR 832.20)
UVV	Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (SR 832.202)
vP	versicherte Person(en)
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle der AHV und IV
ZMT	Zentralstelle für Medizinaltarife UVG

Zusammenfassung

Auftrag

Die Verwaltung wurde anlässlich der Detailberatung der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR) vom 14. Oktober 2010 zum ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) beauftragt, einen Bericht zu den medizinischen Massnahmen in der Invalidenversicherung (IV) zu erstellen. Im Rahmen ihrer Berichterstattung soll die Verwaltung die Unterschiede zwischen der Invaliden- und der Krankenversicherung aufzeigen, Varianten erarbeiten, welche medizinischen Massnahmen von der IV zur Krankenversicherung (KV) transferiert werden könnten und die Konsequenzen darlegen.

Parallel dazu hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) in den Jahren 2011/12 die medizinischen Massnahmen der IV evaluiert und sechs Empfehlungen formuliert. Der vorliegende Bericht wurde zeitlich so geplant, dass die Empfehlungen der EFK mitberücksichtigt werden konnten.

Medizinische Massnahmen der IV

Aktuell vergütet die IV gewisse ambulante und stationäre Behandlungen von Versicherten bis zum 20. Altersjahr gemäss Artikel 12, 13 und 14 IVG. Dabei handelt es sich entweder um die Behandlung von Geburtsgebrechen oder um Behandlungen, die unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern. In den letzten elf Jahren stiegen die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV um durchschnittlich 4,8% pro Jahr von 453 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 694 Mio. Franken im Jahr 2011. Diese Kostensteigerung ist v.a. auf die starke Zunahme der durchschnittlichen Kosten pro Bezüger um 53 Prozent zurückzuführen, während die Anzahl Bezüger im gleichen Zeitraum zwischen 2001 und 2010 lediglich um 6 Prozent anstieg. Seit 2008 ist das Kostenwachstum unterdurchschnittlich. Die medizinischen Leistungen im KV-Bereich sind von der gleichen Kostenentwicklung betroffen.

Unterschiede zwischen Invaliden- und Krankenversicherung

Folgende Unterschiede zwischen der IV und der Krankenversicherung bestehen auf der System- und Praxisebene:

- Prüfung des Leistungsanspruchs: Die IV-Stellen prüfen den Leistungsanspruch ihrer Versicherten schon vor der Zusprache von Leistungen. Die Leistungsprüfung erfolgt anhand von Dossieranalysen und bei komplexeren Fällen zusätzlich von klinischen Untersuchungen der Versicherten in den zuständigen regionalen ärztlichen Diensten (RAD). Die RAD-Ärzte empfehlen nach erfolgter Prüfung den IV-Stellen die im Einzelfall nötigen medizinischen Massnahmen. Die Vergütung von Leistungen erfolgt über die IV-Stellen. Die IV-Stellen sind nicht verpflichtet alle Dossiers an den RAD weiterzuleiten. Die Krankenversicherer beurteilen die Leistungspflicht in der Regel nicht zum Vorneherein, sondern erstatten die Kosten von bereits abgerechneten Leistungen. Ausnahme bilden die Leistungen, in denen eine vorgängige Kostengutsprache erforderlich ist, wie z.B. für besonders kostspielige und schwierige Diagnose- oder Behandlungsverfahren. In diesen Fällen ist auch im KV-System vorgesehen, dass vor der Durchführung dieser Massnahmen die Zustimmung der Vertrauensärzte einzuholen ist.
- Die Handhabung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) von neuen medizinischen Leistungen ist im KV-Bereich gesetzlich geregelt; bei der Bezeichnung von Leistungen lässt sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) von aussenparlamentarischen Kommissionen beraten. Die IV verfügt über keine entsprechenden Strukturen und ist nicht in diesen Kommissionen vertreten. Sie übernimmt praktisch die gleichen Leistungen wie die KV mit Ausnahme der Limitierungen bei einzelnen Massnahmen, wie z.B. beim Umfang und der Dauer einer Psycho-, Physio- oder Ergotherapie, oder Diätmittel bei Minderjährigen mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten.
- Medizinaltarife: Tarife für ambulante ärztliche Leistungen werden zwar bei der IV und der KV auf der Basis der Tarifstruktur Tarmed abgerechnet, jedoch nach unterschiedlichen Taxpunktswerten. Die für die IV gültigen Medizinaltarife werden durch die Medizinaltarife-Kommission der UVG-Versicherer gemeinsam für die Unfallversicherung (UV), die Militärversicherung (MV) und die Inva-

lidenversicherung festgelegt. Die IV und die MV haben in der Medizinaltarifkommission Expertenstatus.

- **Spitalfinanzierung:** Bis Ende 2011 vergütete die IV bei innerkantonalen Patienten bei stationären Spitalbehandlungen 80 Prozent der anrechenbaren Kosten gemäss Spitaltaxmodell und die Kantone 20 Prozent. Infolge Kündigung dieser Vereinbarung seitens der Kantone betrug der Anteil der IV im Jahr 2012 90 Prozent. Im Rahmen der IV-Revision 6b wurde neu der Kostenteiler 80/20 mittels neuem Artikel 14^{bis} im Gesetz verankert. In der KV werden gemäss Art 49 KVG Pauschalen vereinbart, die auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen. Die Vergütungen werden vom Kanton und den Versicherten anteilmässig übernommen: die KV übernimmt maximal 45 Prozent, der Kanton 55 Prozent.
- **Kostenbeteiligung:** Die IV kennt keine Kostenbeteiligung. In der KV beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbeitrag (Franchise) nach dem vollendeten 18. Altersjahr und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Bis zum 18. Lebensjahr gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.
- **Umfang der medizinischen Massnahmen:** Die Weisungen der IV sind weniger strikt bezüglich der Vergütung der Dauer und Quantität gewisser medizinischer Massnahmen, wie z.B. bei psycho-, physio- und ergotherapeutischen Leistungen. Bei der KV sind diese Leistungen limitiert und die Grenzen sind in der KLV festgehalten.

Gründe für Anpassungen

Wegleitend für die untersuchten Anpassungen bei den medizinischen Massnahmen der IV waren die folgenden Feststellungen:

1. Seit der Einführung des KV-Obligatoriums am 1. Januar 1996 sind alle Personen in der Schweiz für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet von deren Ursache versichert.
2. Seit Inkrafttreten der 5. IV-Revision per 1. Januar 2008 richtet sich die IV strategisch stärker auf die berufliche Eingliederung der Versicherten aus.
3. Die IV übernimmt bei Geburtsgebrechen die Rolle eines Krankenversicherers ohne dass die KV-Bestimmungen anwendbar sind. Somit bestehen zwei Systeme nebeneinander, die sich bezüglich der medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen ähnlich sind aber dennoch gewisse Unterschiede aufweisen. Dies führt dazu, dass sich Leistungserbringer, Vertreter der Pharmaindustrie oder Patientenorganisationen bei der Vergütung von neuen medizinischen Leistungen und neuen Medikamenten gleichzeitig sowohl an die IV (für Minderjährige) wie auch an die KV (für Erwachsene) wenden. Zudem verfügt die IV nicht über die notwendigen Gremien, Ressourcen, Steuerungsinstrumente und gesetzlichen Regelungen, um ihre Aufgabe richtig wahrnehmen zu können.
4. Die IV verfügt nicht über die finanziellen Mittel, um die medizinischen Entwicklungen finanzieren zu können.
5. Die EFK empfiehlt, die Liste der Geburtsgebrechen sowie die Weisungen zu den medizinischen Massnahmen grundlegend zu überarbeiten und die Steuerung zu verstärken.

Untersuchte Varianten

Ausgehend von diesen Feststellungen wurden vier Varianten ausgearbeitet und deren Auswirkungen auf die Krankenversicherung, Kantone und versicherten Personen untersucht:

Variante 1: Streichung aller medizinischen Massnahmen der IV

Angesichts der Tatsache, dass Geburtsgebrechen heute grundsätzlich bereits von der KV gedeckt sind, die IV sich primär nicht als Krankenkasse, sondern als Eingliederungsversicherung versteht, der fehlenden Strukturen sowie der finanziellen Situation der IV, besteht eine konsequente Variante darin, alle medizinischen Massnahmen der IV zu streichen. Diese Variante würde zu einer Kosteneinsparung von 683 Mio. Franken pro Jahr bei der IV führen, bei der KV würden dagegen zusätzlich jährlich Kosten von 547 Mio. Franken, bei den Kantonen von 115 Mio. Franken und bei den Versicherten von 21 Mio. Franken anfallen. Variante 1 würde Anpassungen auf der Gesetzesstufe erfordern (Streichung der Art. 12, 13 und 14 IVG).

Variante 2: Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung

Diese Variante streicht wie Variante 1 die Krankenkassenfunktion der IV für Geburtsgebrechen, belässt jedoch die medizinischen Eingliederungsmassnahmen für junge Menschen, d.h. Art. 12 IVG, bei der IV, um deren berufliche Eingliederung zu unterstützen. Diese Variante würde zur Kosteneinsparung von 664 Mio. Franken pro Jahr bei der IV führen, bei der KV würden dagegen zusätzlich jährlich Kosten von 532 Mio. Franken, bei den Kantonen von rund 112 Mio. Franken und bei den Versicherten von 20 Mio. Franken anfallen. Variante 2 würde Anpassungen auf der Gesetzesstufe erfordern (Streichung Art. 13 IVG).

Variante 3: Gezielte Streichung einzelner medizinischer Massnahmen der IV

Variante 3 enthält Vorschläge für die Streichung einzelner medizinischer Massnahmen der IV, belässt aber die Zuständigkeit für medizinische Massnahmen für Minderjährige weiterhin grundsätzlich bei der IV. Es geht dabei um die Streichung von medizinischen Massnahmen, wo es wegen Leistungen der KV keine Lücken für die versicherten Personen gibt und kein negativer Einfluss auf die berufliche Eingliederung zu erwarten ist; darunter fallen:

- Einmalige, einfache und kostengünstige operative Eingriffe von geringfügiger Bedeutung (Anpassung auf Verordnungsstufe, spez. der GgV-Liste der Geburtsgebrechen);
- Medizinische Massnahmen bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 2000 g bis zu einem Gewicht von 3000 g (Anpassung auf Verordnungsstufe, GgV-Ziffer 494);
- Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungen bei angeborenen Missbildungen des Kiefers resp. Kauapparates und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (Anpassung auf Verordnungsstufe, GgV-Ziffern 201–210);
- Kinderpflege und Kinderspitex (Anpassung: Art. 14 Abs. 1 IVG);
- Herabsetzung der Altersgrenze bei Bezügerinnen und Bezüger von medizinischen Massnahmen zur reinen Leidensbehandlung von heute 20 Jahren auf das heutige Mündigkeitsalter 18 Jahre (Anpassung Art. 12 und 13 IVG).

Diese Variante würde zu einer Kosteneinsparung von 124 Mio. Franken pro Jahr bei der IV führen, bei der KV würden dagegen zusätzlich jährlich Kosten von 105 Mio. Franken, bei den Kantonen von 17 Mio. Franken und bei den Versicherten von 4 Mio. Franken anfallen.

Variante 4: Optimierung der medizinischen Massnahmen der IV

Variante 4 zeigt Wege auf, wie das heutige System optimiert und an den aktuellen medizinischen Wissensstand angepasst werden kann. Sie schliesst zudem die Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle ein.

Bevor eine solche Optimierung an die Hand genommen werden kann, ist zwingend vorgängig der finanzielle Rahmen festzulegen. So ist angesichts der laufenden Sanierung der IV unbedingt zu vermeiden, dass durch diese Optimierung Mehrkosten für die IV entstehen.

Angesichts der Komplexität sind zu den einzelnen Massnahmen – unter Einbezug von Experten – in einem ersten Schritt die entsprechenden Grundlagenarbeiten zu erstellen. Anschliessend können dann – unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen - die Massnahmenpakete definiert werden.

Variante 4 umfasst folgende Elemente:

1. Revision der Liste der Geburtsgebrechen der IV: einerseits Anpassung an den aktuellen medizinischen Wissensstand und andererseits Festlegung von Kriterien für die Anerkennung von Geburtsgebrechen (Anpassung: IVV, GgV, Weisungen).
2. Verbesserung der medizinischen Leistungen für Versicherte mit frühkindlichen psychischen und somatischen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zur Stärkung der beruflichen Eingliederung, allenfalls auch über das 20. Altersjahr hinaus, solange die erstmalige berufliche Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist. Gleichzeitig ist die Abgrenzung zu den heilpädagogischen Massnahmen zu klären, welche seit 2008 im Rahmen des neuen Finanzausgleichs zu den Kantonen übergegangen sind.
3. Einbezug der IV bei der Erarbeitung eines nationalen Konzepts zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten, insbesondere der Diagnostik, Behandlung, Vergütung von Arzneimitteln gegen diese Krankheiten (sog. *orphan drugs*) und Forschung (Po. 10.4055 von NR Humbel).
4. Gezielte Streichung medizinischer Massnahmen der IV (z.B. mittels Massnahmen aus Variante 3), um allfällige Mehrkosten bei der IV zu kompensieren (Anpassung: GgV, IVG).

5. Angleichung der IV-Kriterien für die Beurteilung neuer Leistungen und Medikamente an die Kriterien der KV für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien), einerseits indem explizit geregelt wird, welche Regelungen der KV auch direkt für die IV gelten und andererseits indem das BAG mit seinen Gremien neu auch die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für Leistungen übernimmt, welche von der IV vergütet werden, und dabei insbesondere die Preise der Medikamente auch für die IV festlegt. Die bestehenden Strukturen beim BAG würden ausgebaut und die Zusammenarbeit zwischen BSV und BAG intensiviert. Dies ermöglicht eine hohe fachliche Qualität, Einheitlichkeit zwischen KV und IV und einen geringeren personellen Mehrbedarf als ein Aufbau neuer Prozesse, Kriterien und Gremien beim BSV. Diese Vorgehensweise würde derjenigen entsprechen, welche bereits für Fragen im Zusammenhang mit Medizinaltarifen angewendet wird, für welche auf der Basis einer Vereinbarung die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG die Koordination für die Unfallversicherer, Militärversicherung und IV erfolgreich ausübt.
6. Schaffung eines neuen Expertengremiums für die Anerkennung von Geburtsgebrechen (Anpassung: Art. 1 Abs. 2 GgV).
7. Verstärkung der Steuerung der medizinischen Massnahmen durch das BSV durch Überprüfung der Zweckmässigkeit, der einheitlichen Anwendung und der Kosten (Anpassungen der Weisungen, Vereinbarungen zwischen BSV und IV-Stellen).

Fazit

Seit der Einführung des KVG-Obligatoriums 1996 sind alle Personen in der Schweiz für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet deren Ursache versichert. Entsprechend wäre die Streichung der medizinischen Massnahmen in der IV (Variante 1) die logische Konsequenz. Dagegen sprechen der damit verbundene Kostentransfer in die KV sowie die Tatsache, dass die KV in bestimmten Fällen nicht genau die gleichen Leistungen übernimmt wie die IV. Gegen einen Transfer in die KV spricht auch, dass die IV – insbesondere bei Entwicklungsstörungen wie Autismus – keinen Einfluss mehr auf die medizinische Behandlung nehmen kann und sich damit unter Umständen die Eingliederungschancen verschlechtern.

Variante 2 (Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung) passt zwar zur Ausrichtung der IV als Eingliederungsversicherung, führt aber zu grossen Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn es darum geht, ob es sich um eine medizinische Massnahme zur Eingliederung (IV) oder zur Heilbehandlung (KV) handelt. Eine scharfe Trennlinie ist nicht möglich.

Variante 3 (Gezielte Streichung einzelner medizinischer Massnahmen bei der IV) entlastet die IV von einzelnen nicht eingliederungsrelevanten Gebrechen, löst jedoch die Thematik zweier paralleler Versicherungen nicht.

Variante 4 (Optimierung der medizinischen Massnahmen der IV) belässt die Parallelität zweier Versicherungen und optimiert die Leistungen und Prozesse der IV. Für Variante 4 spricht, dass die Positionierung der IV als Eingliederungsversicherung innerhalb des Gesundheitswesens klarer wird. Damit verbunden sind aber auch eine breite öffentliche Debatte sowie der Druck, neue medizinische Leistungen, die sich positiv auf die Eingliederung der versicherten Personen auswirken, in den Leistungskatalog der IV aufzunehmen, was die Ausgaben der IV unter Umständen erhöhen wird. Aus diesem Grund sind flankierende Massnahmen vorzusehen, welche Zusatzkosten für die IV verhindern. Zudem ist bereits heute absehbar, dass die organisatorischen Massnahmen einen personellen Mehraufwand mit sich bringen werden.

Aus Sicht des BSV stehen die Varianten 1 und 4 im Vordergrund: entweder investiert man in eine Optimierung (Variante 4) oder die medizinischen Massnahmen der IV werden ganz gestrichen (Variante 1). Vorgeschlagen wird, in einem nächsten Schritt bis Ende 2014 die Grundlagen zu den einzelnen Elementen der Variante 4 zu erarbeiten und das neue Konzept dann nochmals zu beurteilen.

1 Auftrag

Die Invalidenversicherung (IV) bezahlt gewisse ambulante und stationäre Behandlungen von Versicherten bis zum 20. Altersjahr gemäss Artikel 12, 13 und 14 IVG. Es handelt sich dabei entweder um die Behandlung von Geburtsgebrechen oder um Behandlungen, die unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern.

Im Rahmen der Detailberatung zur 6. IV-Revision, 1. Massnahmenpaket wurde das Thema der medizinischen Massnahmen in der Invalidenversicherung (IV) an der Sitzung der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR) vom 14. Oktober 2010 diskutiert. Die Verwaltung wurde beauftragt, einen Bericht z.H. der Kommission zu erstellen: „Dieser soll den Fragen nachgehen, welche die Verwaltung jetzt nicht beantworten kann: Welche Leistungen werden heute unter welchen Bedingungen wie vergütet? Die Verwaltung müsse die heutige Situation analysieren. Des Weiteren ist die Möglichkeit eines Transfers unter verschiedenen Aspekten zu prüfen: die unterschiedliche Vergütung auf der einen und der anderen Seite usw. Was hätte dies für Konsequenzen, nicht nur für den Tarif, für die Vergütung, sondern auch für die Leistung selbst, auf den unterschiedlichen Umgang mit gewissen Therapien, die man in einem Bereich kennt, im anderen nicht? Erst wenn all diese Fakten auf dem Tisch liegen, wäre in einem zweiten Teil auf die Konsequenzen eines Transfers einzugehen: Was könnte verschoben werden, was nicht? Welche Konsequenzen hat es a) für die Versicherten? b) für die Krankenkassen? c) für die Invalidenversicherung? Soll es ein globaler oder ein teilweiser Transfer sein? Nach einer Standortbestimmung würden wir (die Verwaltung) den diversen Möglichkeiten nachgehen und die Konsequenzen darlegen. Das Parlament kann in der Folge darüber befinden.“ (vgl. Protokoll der SGK-NR vom 14. Okt. 2010).

Unabhängig davon hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) eine Evaluation zur Umsetzung und zur Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen der IV durchgeführt. Dabei wurden folgende fünf Hauptfragestellungen untersucht:

- Sind die steigenden Kosten der medizinischen Massnahmen eine Folge höherer Fallzahlen oder sind sie eine Folge der Erhöhung der Leistungen und/oder Preise?
- Haben die Änderungen beim Katalog der Geburtsgebrechen seit 1985 und die Richtlinien des BSV in diesem Bereich eine Kostensteigerung ermöglicht ?
- Entsprechen der Geburtsgebrechen-Katalog und die Richtlinien des BSV den heutigen (medizinischen, rechtlichen und administrativen) Anforderungen und stellen sie eine effiziente Hilfe für die IV-Stellen und RAD dar?
- Gibt es Unterschiede in der Bearbeitung der Geburtsgebrechen-Dossiers durch die IV-Stellen und RAD, wenn ja warum ?
- Verfügt das BSV über die geeigneten Mittel, um seine Steuerungsrolle und seine Aufsichtsfunktion im Bereich medizinische Massnahmen zu gewährleisten ?

Der vorliegende Bericht des BSV wurde zeitlich so geplant, dass die Empfehlungen der EFK mitberücksichtigt werden konnten.

2 Die medizinischen Massnahmen der IV

Die IV vergütet medizinische Massnahmen bis zum vollendeten 20. Altersjahr und unterscheidet folgende Massnahmen:

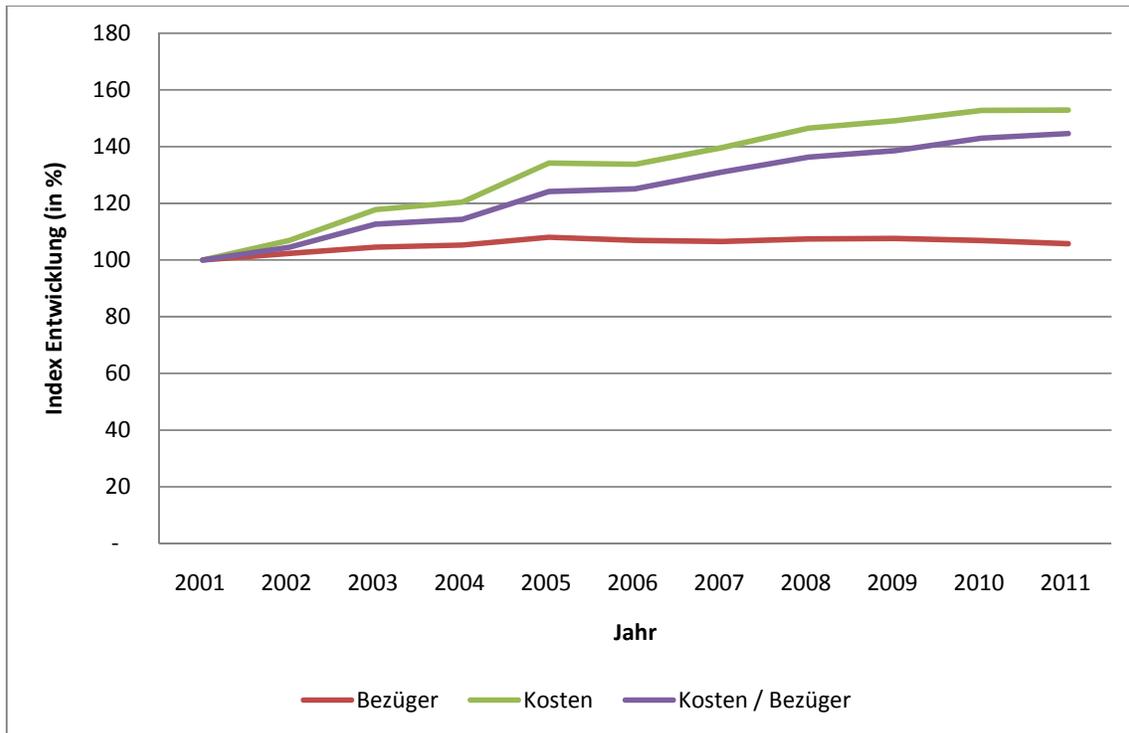
- Medizinische Massnahmen der IV, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Artikel 12 Absatz 1 IVG). Der Bundesrat ist gemäss Artikel 12 Absatz 2 IVG befugt, die Massnahmen von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen und kann insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln. Im Jahre 2011 betragen die Ausgaben für die 3'514 Bezüger insgesamt 21 Millionen Franken.
- Medizinische Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendig sind (Artikel 13 IVG und Art. 3 Absatz 2 ATSG). 1965 hat der Bundesrat als Anhang der Verordnung über Ge-

birthsgeborenen (GgV) eine abschliessende Liste der leistungsbegründenden Geburtsgebrechen aufgestellt. Dieser Katalog wurde seither dreimal umfassend revidiert. Als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen (vgl. Artikel 1 Absatz 1 GgV). Das EDI kann die Liste der Geburtsgebrechen jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die IV insgesamt drei Mio. Franken nicht übersteigen (vgl. Artikel 1 Absatz 2 GgV). Übertrifft die Anpassung der Liste die jährlichen Mehrausgaben, so wird das BSV dazu eine Empfehlung an den Bundesrat weiterleiten, so dass der Bundesrat entscheiden kann, ob ein neues Geburtsgebrechen in die Liste aufgenommen werden kann. Das BSV zieht zur Streichung oder Neuaufnahme von Geburtsgebrechen Delegierte der jeweiligen ärztlichen Fachgesellschaften und Behindertenorganisationen sowie aus den Vollzugsorganen bei, so beispielsweise im Jahr 2010 zur Erarbeitung von Empfehlungen zum frühkindlichen ADHS (GgV-Ziffer 404). Im Jahre 2011 bezogen 100'150 Kinder mit einem Geburtsgebrechen medizinische Massnahmen im Umfang von insgesamt 671 Mio. Franken.

- Nicht als medizinische Massnahme der IV gilt insbesondere die Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten. Die detaillierten Regelungen sind im Kreisschreiben des BSV über die Medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSME) festgelegt.

Die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV stiegen in den letzten elf Jahren um durchschnittlich 4,8% pro Jahr von 453 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 694 Mio. Franken im Jahr 2011. Diese Kostenentwicklung um insgesamt 53% ist v.a. auf die starke Zunahme der durchschnittlichen Kosten pro Bezüger um 45 Prozent, d.h. von 4'664 Franken 2001 auf 6'876 Franken 2011 zurückzuführen. Die Anzahl Bezüger nahm lediglich um 6 Prozent zu, d.h. von 97'099 Bezüger 2001 auf 103'240 Bezüger im Jahr 2011. In Abbildung 1 ist die Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen der IV zwischen 2001 bis 2011 grafisch dargestellt.

Abbildung 1: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV 2001–2011



Die Grafik zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Die von der IV anerkannten 160 Geburtsgebrechen sind bezüglich Höhe der gesamten Kosten, der durchschnittlichen Kosten und der Anzahl Bezüger sehr unterschiedlich:

- Zu den für die IV drei teuersten Geburtsgebrechen zählen 2011 Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (GgV-Ziffer 494) mit 69 Mio., die angeborenen zerebralen Lähmungen (GgV-Ziffer 390) mit 63 Mio. und das frühkindliche ADHS (GgV-Ziffer 404) mit 56 Mio. Franken.
- Ein starker Anstieg der Kosten pro Bezüger zwischen 2001 und 2011 kann v.a. bei Versicherten mit angeborenen hirnbedingten (zerebralen) Lähmungen, die mit Krämpfen, Fehlbewegungen und/oder Koordinationsstörungen einhergehen (GgV-Ziffer 390) festgestellt werden (plus 68 Prozent) sowie bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zum Erreichen eines Gewichts von 3000 g (GgV-Ziffer 494) mit einer Zunahme von 123 Prozent.
- Ein starker Anstieg der Anzahl Bezüger zwischen 2001 und 2011 ist v.a. bei den Autismus-Spektrum-Störungen, frühkindlichem ADHS und angeborenen Störungen der hypothalamohypophysären Funktionsstörungen zu beobachten.

Es wurde untersucht, welche versicherten Personen wegen eines Geburtsgebrechens als Minderjährige trotz medizinischer Massnahmen aufgrund der Schwere ihres Gebrechens nicht eingegliedert werden konnten und später eine Rente erhielten. Von den 17'000 Versicherten, die 1983 von der IV medizinische Massnahmen erhielten, wurden 10 Prozent, d.h. 1'700 Fälle, im Verlaufe der Jahre berentet:

- Am häufigsten berentet, d.h. über 80 Prozent aller Fälle, wurden Versicherte mit einer Cerebralparese (GgV-Ziffer 390), gefolgt von Versicherten mit einer angeborenen Epilepsie (GgV-Ziffer 387) in fast 50 Prozent und in etwa 20 Prozent von Versicherten, die unter dem Gebrechenscode 646 laufen (d.h. mit psychogenen oder milieureaktiven Störungen, Neurosen, Borderline Fälle oder einfachen psychischen Fehlentwicklungen).
- Nicht berentet wurden Geburtsgebrechen, welche nur eine einmalige, kostengünstige Operation zur Heilung des Leidens benötigten, die sog. geringfügigen Geburtsgebrechen. Darunter zählen z.B. die angeborenen Hüftmissbildungen (GgV-Ziffern 170 Coxa vara oder 171 Coxa antetorta) oder Leistenhernien (GgV-Ziffer 303) oder der Hodenhochstand (GgV-Ziffer 355) oder die Missbildungen im Bereiche des Kieferwinkels oder Kiefer-Lippen-Gaumenspalten (GgV-Ziffern 201-210).

=> *Weitere statistische Auswertungen zur Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen generell, unter Art. 12 und 13 IVG sowie zu einzelnen Geburtsgebrechen sind im Anhang I auf Seite 28 ff aufgeführt.*

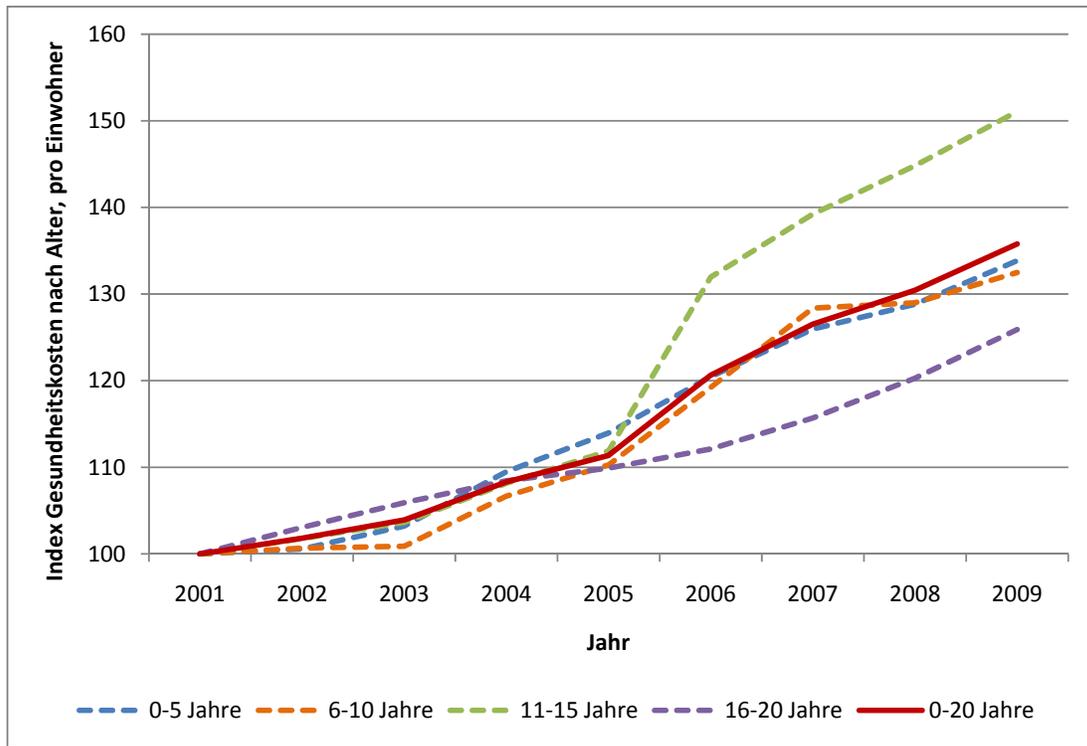
Kostenentwicklung in der KV

Wie in den vorangehenden Abschnitten dargelegt ist, ist das Kostenwachstum im Bereich der medizinischen Massnahmen in der IV in den letzten elf Jahren (53%) primär auf eine Zunahme der Kosten pro Bezüger (45%) zurückzuführen. Die Frage stellt sich nun, ob es sich dabei um ein Preis- oder ein Mengenphänomen oder um eine andere Art der Behandlung handelt. Selbst wenn man diese Frage nicht abschliessend beantworten kann, so deuten die Daten des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIK) dennoch auf eine Mengenausweitung im Sinne einer Steigerung der Intensität der Behandlungen oder neuere, besser wirksame und teurere Medikamente als Haupttreiber für das Kostenwachstum hin.

Mit einem erheblichen Kostenwachstum sieht man sich auch im KV-Bereich konfrontiert. Die im Folgenden präsentierten Zahlen des BFS zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen als Ganzes stützen ausschliesslich auf KVG-Daten ab und sind folglich nicht durch die Kostenentwicklung bei der IV oder der SUVA beeinflusst.

Die Gesundheitskosten pro Einwohner für 0-20-jährige (siehe Abbildung 2) sind in den Jahren 2001 bis 2009 um durchschnittlich 4.2% pro Jahr oder um 44.7% für die ganzen neun Jahre gestiegen. Neuere Zahlen sind leider gegenwärtig nicht verfügbar. Die Zahl der 0-20-jährigen hat sich im selben Zeitraum nur unwesentlich verändert. Aus den zur Verfügung stehenden Daten des BFS lässt sich nicht ableiten, ob die Kostensteigerung in einer Zunahme der Anzahl Fälle oder einer Zunahme der Kosten pro Fall begründet ist. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass sich die Sachlage diesbezüglich wesentlich von jener im Bereich der medizinischen Massnahmen in der IV unterscheidet. So zeigen die Abbildungen 1 auf Seite 8 und 2 auf Seite 9, dass die medizinischen Massnahmen der IV und der KV von der gleichen Kostenentwicklung betroffen sind.

Abbildung 2: Gesundheitskosten im KV-Bereich nach Alter, pro Einwohner in Franken 2001 bis 2009



Daten: BFS (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon), eigene Darstellung

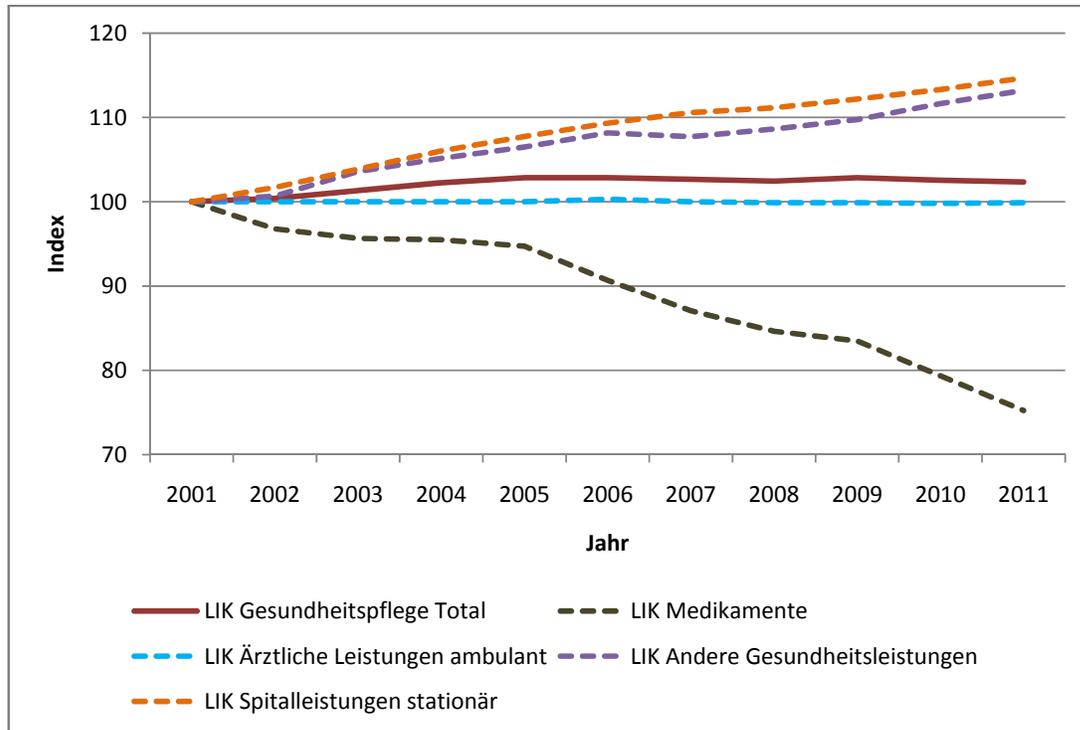
Die Daten für die Jahre 2010 und 2011 sind noch nicht verfügbar.

Teuerung im schweizerischen Gesundheitswesen

Die im vorliegenden Bericht publizierten Zeitreihen zur Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen in der IV sind jeweils nicht um die Teuerung bereinigt worden. Das ist im Wesentlichen darin begründet, dass entsprechend spezifische Preisdaten nicht systematisch erhoben werden. Im Rahmen der Berechnung des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIK) erhebt das Bundesamt für Statistik (BFS) Preisdaten für die Gesundheitspflege (siehe Abbildung 3). Diese können zwar nicht direkt für eine Bereinigung verwendet werden, haben aber dennoch einen gewissen interpretatorischen Wert. Deshalb wird nachfolgend untersucht, inwieweit die Kostenentwicklung auf die Teuerung im Gesundheitswesen zurückgeführt werden kann.

Während die allgemeine Teuerung (LIK) in den letzten elf Jahren durchschnittlich 0.8% pro Jahr betrug, stiegen die Preise im Bereich der Gesundheitspflege (LIK Gesundheitspflege Total) im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 0.26% pro Jahr. Diese unterproportionale Preisentwicklung ist wesentlich auf das Sinken der Medikamentenpreise um durchschnittlich 2.6% pro Jahr zurückzuführen. Die Preise für ambulante ärztliche Leistungen (frei praktizierende Ärzte und ambulante Abteilungen im Spital) sind stabil geblieben, was auf Tarmed zurückzuführen sein dürfte. Hingegen sind die Preise für andere Gesundheitsleistungen (Physiotherapie, Labor und Pflegeleistungen Spitex) und stationäre Spitalleistungen um durchschnittlich 1.2% respektive 1.3% pro Jahr gestiegen.

Abbildung 3: Teuerung im Bereich der Gesundheitspflege



Daten: BFS (www.lik.bfs.admin.ch), eigene Darstellung

Der Begriff "Gesundheitspflege" entstammt der europäischen Terminologie. Für den LIK werden nicht Daten zu einem bestimmten Wirtschaftszweig (z.B. "Gesundheitswesen"), sondern zum privaten Konsum nach Funktion erhoben. Die Gesundheitspflege geht mit einem Gewicht von rund 14.6% in den LIK-Warenkorb ein.

3 Unterschiede zwischen der Invaliden- und Krankenversicherung

Das medizinische Leistungsspektrum und die medizinischen Leistungserbringer sind bei der IV und der KV im Grundsatz gleich. Hingegen unterscheiden sich IV und KV auf der Systemebene:

- Prüfung des Leistungsanspruchs: Die kantonale IV-Stelle prüft vor der Zusprache einer Leistung die Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall, ob z.B. ein Geburtsgebrechen vorliegt, welches von der IV anerkannt ist. Diese Prüfung führt die IV-Stelle anhand von Dossiers durch, die u.a. auch medizinische Akten enthalten. Bei schwierigen Fällen lässt sie zusätzlich eine medizinische Abklärung im regionalen ärztlichen Dienst der IV (RAD) durchführen. Der RAD hat die Möglichkeit und die entsprechende Einrichtung, die versicherte Person selber zu untersuchen. Die KV beurteilt die Leistungspflicht in der Regel (Ausnahme bilden die Leistungen, in denen eine vorgängige Kostengutsprache erforderlich ist) nicht zum vorneherein, sondern erstattet die Kosten von bereits erbrachten Leistungen. Die Leistungen der Ärzte und Spitäler gelten als leistungspflichtig, sofern sie nicht von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind oder Einschränkungen der Leistungspflicht gelten (siehe unten: Handhabung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, sog. WZW-Kriterien). Dieser Leistungskatalog enthält neben der Art auch teilweise Vorgaben bezüglich Limitierung der Leistungen. Der Krankenversicherer kontrolliert die Rechnung und kann dazu auch medizinische Angaben einholen (Art. 42 KVG). Wie erwähnt kann bei besonders kostspieligen oder schwierigen Diagnose- oder Behandlungsverfahren auch im KV-System vorgesehen werden, dass vor der Durchführung dieser Massnahmen die Zustimmung ihrer Vertrauensärzte einzuholen ist oder diese nur von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden dürfen.
- Handhabung der WZW-Kriterien bei neuen medizinischen Leistungen: In der KLV bzw. im Anhang 1 zur KLV ist geregelt, welche Leistungen der Ärzte und Spitäler nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen und in welchem Umfang eine neue Leistung durch die KV vergütet werden, deren

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Bei der IV ist die Handhabung der WZW-Kriterien nicht geregelt. Das BAG führt ein administratives und wissenschaftliches Sekretariat für folgende ausserparlamentarische Kommissionen: die Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK), Eidg. Arzneimittelkommission (EAK), Eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK). Diese Kommissionen setzen sich aus verschiedenen Stakeholdern zusammen. Die ELGK und EAMGK geben dem EDI Empfehlungen über verschiedene Anfragen zu Leistungen im KV-Bereich, die EAK hingegen berät das BAG zu Fragen im Zusammenhang mit der Preisbildung von Arzneimitteln. Die IV ist in diesen Kommissionen nicht mehr vertreten und kann demzufolge keinen direkten Einfluss auf die Zulassung neuer Medikamente und die Preispolitik nehmen. Im IVG wird weder die Limitierung von Leistungen beschrieben noch sind entsprechende Kommissionen für die Evaluation und Zulassung von medizinischen Leistungen vorgesehen. Zumeist lehnt sich die IV an die Leistungen der KV an, insbesondere bezüglich der leistungspflichtigen Arzneimittel.

- **Medizinaltarife:** Ambulante ärztliche Leistungen werden zwar bei der IV und der KV auf der Basis der Tarifstruktur Tarmed abgerechnet, jedoch nach unterschiedlichen Taxpunktwerten. Die IV legt mit der UV und der MV gemeinsame Tarife fest. Sie ist deswegen in der Medizinaltarifkommission der UVG-Versicherer vertreten, hat jedoch wie die MV nur Expertenstatus, aber kein Mitspracherecht. Sie ist deswegen nicht gezwungen, die Tarifverträge der MTK zu unterzeichnen.
- **Spitalfinanzierung:** Bis Ende 2011 vergütete die IV bei innerkantonalen Patienten bei stationären Spitalbehandlungen 80 Prozent der anrechenbaren Kosten gemäss Spitaltaxmodell und die Kantone 20 Prozent. Seit der Kündigung dieser Vereinbarung seitens der Kantone betrug der Anteil im Jahre 2012 90 Prozent. Im Rahmen der IV-Revision 6b wurde der Kostenteiler 80/20 (80 Prozent durch die IV, 20 Prozent durch den Wohnkanton) mit dem neuen Artikel 14^{bis} IVG im Gesetz verankert. In der KV werden gemäss Art 49 KVG Pauschalen vereinbart, die auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen. Die Vergütungen werden vom Kanton und den Versicherten anteilmässig übernommen: die KV übernimmt maximal 45 Prozent, der Kanton 55 Prozent.
- **Leistungsvereinbarungen mit nicht-ärztlichen Therapeuten/-innen:** Die IV übernimmt zusätzlich zu den ärztlichen auch die Leistungen der selbständigen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten/-innen und schliesst mit ihnen spezielle Leistungsvereinbarungen ab. Die KV übernimmt hingegen deren Leistungen nur in Form der delegierten Psychotherapie.
- **Kostenbeteiligung:** Die IV kennt keine Kostenbeteiligung, in der KV beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbeitrag (Franchise) nach dem vollendeten 18. Altersjahr und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Bis zum 18. Lebensjahr gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Weitere Unterschiede zwischen IV und KV zeigen sich in der Leistungspraxis:

- Bei gewissen Gebrechen kann die IV-Stelle im Einzelfall bei medizinischen Massnahmen über den in der KLV festgehaltenen Umfang resp. Limitierung hinausgehen. So kann die IV-Stelle gemäss Weisungen des BSV auf ärztliche Anordnung hin z.B. für maximal zwei Jahre eine Psycho-, Ergo- oder Physiotherapie vergüten. Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn der behandelnde Arzt der IV-Stelle zusammen mit einem Bericht zum Therapieverlauf, insbesondere mit Aussagen zur nachweislichen Verbesserung des Eingliederungspotenzials der versicherten Personen, eine erneute Kostengutsprache einreicht. Die Anzahl der Kontrollen sind bei der IV nicht näher festgelegt. Bei der KV ist die Psychotherapie in der KLV auf höchstens 40 Sitzungen beschränkt; für die Fortsetzung der Therapie ist vor der Kostenübernahme von der Krankenkasse ebenfalls ein Arztbericht einzufordern, der vom vertrauensärztlichen Dienst der Kasse überprüft wird.
- Im Gegensatz zur KV vergütet die IV speziell bei Geburtsgebrechen, die mit einer Stoffwechsell störung einhergehen, ärztlich verordnete Diätmittel mit Arzneimittelcharakter und jährliche Pauschalen für Spezialdiäten. Die KV vergütet einzig diätetische Speziallebensmittel, wenn diese lebensnotwendig sind, als diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (FSMP) notifiziert sind (sog. FSMP-Liste), keine alternative Behandlungsmöglichkeit besteht und die Nichtbehandlung zum Tod führt.
- Die IV bezahlt heute Reisekosten für alle Eingliederungsmassnahmen, also auch für medizinische. Im Rahmen der IV-Revision 6b soll bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen eine Annäherung an die Regelung der KV erfolgen, indem nur noch behinderungsbedingte Mehrkosten vergütet werden, beispielsweise bei Geburtsgebrechen wie cerebralen Lähmung die durch die

Behinderung entstandenen Mehrkosten für Reisen zum Arzt, ins Spital oder zur Therapie (Behindertentaxi anstelle von Zug oder Bus).

Ebenso ist die Vergütung unterschiedlich:

- Bei der IV erfolgt die Vergütung der ambulanten und stationären Leistungen an die Leistungserbringer, bei der KV für ambulante Leistungen meistens an die versicherten Personen und für stationäre Leistungen an die Leistungserbringer.
- IV und KV vergüten ambulante Arztleistungen auf Basis der Tarifstruktur Tarmed. Während der IV-Taxtpunktwert gesamtschweizerisch für freipraktizierende Ärzte 0.92 Franken und für die Spitäler 1 Franken beträgt, ist er bei der KV kantonal festgelegt und im gewichteten Mittelwert etwas tiefer.

=> *Weitere Informationen zu den Unterschieden zwischen IV und KV finden sich im Anhang II auf Seite 38 ff.*

=> *Weitere Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen finden sich im Anhang III auf Seite 43 ff.*

=> *Weitere Informationen zu den Koordinationsbestimmungen finden sich im Anhang IV auf Seite 56 ff.*

4 Mögliche Anpassungen bei der Übernahme von medizinischen Massnahmen durch die IV

4.1 Ausgangslage

Zur Zeit der Schaffung der IV war die sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Geburtsgebrechen noch nicht geklärt: Die Geburtsgebrechen waren systematisch weder den Krankheiten noch den Unfällen zuzuordnen und die Krankenkassen konnten Leistungen ausschliessen oder sogar einen Bewerber um die Aufnahme in eine Krankenkasse aus gesundheitlichen Gründen abweisen. Erst mit der Schaffung von Art. 13 IVG wurde diese Lücke im Sozialversicherungsrecht geschlossen und damit die Behandlung von Geburtsgebrechen generell den Eingliederungsmassnahmen der IV zugeordnet. Parallel zur Einführung des IVG wurden im Rahmen der Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) im März 1964 die Geburtsgebrechen der Krankheit gleichgesetzt. Seit der Schaffung der IV haben sich die Krankenversicherung, die Invalidenversicherung und die Medizin stark gewandelt. Deshalb stellt sich die Frage, ob und welche medizinischen Leistungen die Invalidenversicherung angesichts des neuen Umfeldes übernehmen soll. Wegleitend für die untersuchten Anpassungen für die Übernahme von medizinischen Massnahmen durch die IV sind die folgenden Feststellungen:

1. Seit der Einführung des KV-Obligatoriums ab 1. Januar 1996 sind alle Personen in der Schweiz für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet deren Ursache versichert.
2. Seit Inkrafttreten der 5. IV-Revision per 1. Januar 2008 richtet sich die IV strategisch auf die berufliche Eingliederung der Versicherten aus.
3. Die IV übernimmt bei Geburtsgebrechen die Rolle eines Krankenversicherers ohne dass die KV-Bestimmungen anwendbar sind.
4. Die IV verfügt nicht über die finanziellen Mittel, um die medizinischen Entwicklungen finanzieren zu können.
5. Die Eidgenössische Finanzkontrolle empfiehlt, die Liste der Geburtsgebrechen sowie die Weisungen zu den medizinischen Massnahmen grundlegend zu überarbeiten und die Steuerung zu verstärken.

Diese Feststellungen werden nachfolgend näher beschrieben:

1. Seit der Einführung des KV-Obligatoriums ab 1. Januar 1996 sind alle Personen in der Schweiz für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet von deren Ursache versichert.

Mit der Schaffung des KVG 1996 wurde im Bereich der Geburtsgebrechen eine Verdeutlichung angebracht. So sieht Art. 27 KVG ausdrücklich vor, dass die KV bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit zu übernehmen hat. Hier wurde verpasst, die Behandlung von Geburtsgebrechen der KV zu übergeben, zumal mit dem Obligatorium in der KV kein Grund mehr vorlag, eine Sonderlösung zum Schutze der Versicherten in der IV beizubehalten.

Die Folge davon ist, dass heute die medizinischen Massnahmen von Geburtsgebrechen von zwei verschiedenen Versicherungen gedeckt sind. Grösstenteils sind die Leistungen identisch. Bei einzelnen Gebrechen wie z.B. Autismus oder Psychosen sind die Leistungen in der IV umfangreicher, dies aufgrund der verschiedenen Ausrichtungen der IV (berufliche Eingliederung) und der KV (medizinische Behandlung von Krankheiten). Dadurch entsteht eine Ungleichbehandlung zwischen Kindern, die nicht bei der IV versichert sind und von der KV Leistungen erhalten und den bei der IV versicherten Kindern mit den gleichen Gebrechen. Dies betrifft Kinder, die in der Schweiz leben, aber die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der IV nicht erfüllen weil sie entweder nicht invalid in der Schweiz geboren wurden oder deren Eltern ausländische Staatsangehörige sind und noch kein volles Jahr Beiträge leisten oder sich noch nicht ununterbrochen zehn Jahre in der Schweiz aufhalten. Zudem leisten bei der KV versicherte Kinder eine Kostenbeteiligung, bei der IV jedoch nicht.

Es stellt sich deshalb die Frage, ob das gleiche Risiko (Geburtsgebrechen) weiterhin durch zwei verschiedene Sozialversicherungen mit teilweise unterschiedlichen Leistungen und unterschiedlicher Kostenbeteiligung gedeckt werden soll.

2. Seit Inkrafttreten der 5. IV-Revision per 1. Januar 2008 richtet sich die IV strategisch auf die berufliche Eingliederung der Versicherten aus.

Die IV richtet sich seit dem 1. Januar 2008 (5. IV-Revision) konsequent auf die berufliche Eingliederung der versicherten Personen aus. Bei Erwachsenen und Kinder ohne ein von der IV anerkanntes Geburtsgebrechen hat es sich bewährt, dass die medizinischen Massnahmen für reine Leidensbehandlungen nun von der KV übernommen werden, die medizinischen Massnahmen, die auf die berufliche Eingliederung abzielen, von der IV. Bei Kindern mit einem von der IV anerkannten Geburtsgebrechen ist diese Arbeitsteilung heute noch nicht erfolgt und die IV verfügt medizinische Massnahmen sowohl für die Leidensbehandlung als auch für die berufliche Eingliederung.

Es stellt sich die Frage, ob sich die IV nicht auch bei den Minderjährigen mit Geburtsgebrechen auf ihre Kernaufgabe, die Eingliederung, konzentrieren soll.

3. Die IV übernimmt bei Geburtsgebrechen die Rolle eines Krankenversicherers ohne dass die KV-Bestimmungen anwendbar sind.

Die medizinische Entwicklung (Diagnosemöglichkeiten, Therapieformen, neue Medikamente) und die Entwicklung in der Finanzierung des Gesundheitswesens (Tarifverträge, Medikamentenpreise, Spitalfinanzierung) verlaufen schneller und komplexer als früher. Um mit diesen Entwicklungen mitzuhalten, müssen die Regelungen der KV und der IV laufend angepasst werden. Wegen unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und anderer Organisation gelten die neuen Regelungen der KV nicht automatisch für die IV, obwohl die IV bei den Geburtsgebrechen die Rolle eines Krankenversicherers übernimmt. Die IV verfügt heute nicht über die personellen Ressourcen, Gremien und gesetzlichen Regelungen, um bei der Preissetzung von Medikamenten und Handhabung der WZW-Kriterien bei neuen medizinischen Leistungen (z.B. Psychotherapie) Einfluss zu nehmen. Häufig werden deshalb die Regelungen der UV oder KV übernommen. Damit besteht eine Abhängigkeit von Organen der Kranken- und Unfallversicherung, welche den speziellen Anliegen der bei der IV versicherten Kinder zu wenig Rechnung trägt. So kann z.B. kein direkter Einfluss auf die Medikamentenpreise genommen werden, da die Spezialitätenliste in die Domäne der Krankenversicherung bzw. des BAG fällt. Bei einzelnen Leistungen ist die IV gezwungen, andere Tarifregelungen formlos zu adaptieren (z.B. Spitex), da keine eigenen Tarifvereinbarungen existieren und der Abschluss von separaten IV-Tarifvereinbarungen mit einem unverhältnismässig hohen Aufwand verbunden wäre. Es besteht zwar im Tarifbereich eine gute Zusammenarbeit mit den UVG-Versicherern, bei der die IV auch grosse Einflussmöglichkeiten auf die Tarifgestaltung hat. Trotzdem sind eigenständige Lösungen nur schwer durchzusetzen, da dies jeweils

mit einem grossen Einsatz an zusätzlichen (und heute nicht vorhandenen) Ressourcen verbunden wäre. Deutlich zeigt sich das auch bei den (oftmals sehr teuren) Medikamenten zur Behandlung von seltenen Krankheiten: einerseits werden die in der KV zugelassenen *orphan drugs* faktisch automatisch auch von der IV übernommen und andererseits gibt es kein Gremium und keine Stelle, welche heute in der Lage ist, die Zulassung von *orphan drugs*, die nur bei Kindern eingesetzt werden, befriedigend beurteilen zu können. Das wird auch dazu führen, dass es zur KV abweichende Lösungen geben wird und die erhöhte Gefahr besteht, dass die Leistungserbringer die IV und KV gegeneinander ausspielen. Dies führt unter Umständen zu Unterschieden in der Vergütung derselben medizinischen Massnahmen in der IV und KV.

Aufgrund des heutigen medizinischen Wissensstandes müsste auch die Liste der Geburtsgebrechen angepasst werden. Für eine Anpassung der Liste müssen zuerst die Geburtsgebrechen neu definiert werden, weil: erstens gewisse Gebrechen erst im Verlaufe der Jahre aufgenommen wurden, obwohl sie bei Geburt noch nicht, wie in der ursprünglichen Definition vorgesehen, manifest sind (z.B. Autismus, ADHS); zweitens heute mit zunehmender Präzision diagnostischer Verfahren (z.B. genetischer Tests) immer mehr genetische Gebrechen erfasst werden können, die u.U. bei Geburt bereits manifest sein können (z.B. die Trisomie 21, heute gewisse *orphan diseases*).

Diese Anpassung kann jedoch nicht von der Verwaltung im Alleingang erfolgen (fehlendes Fachwissen und politische Akzeptanz). Es müssten also neue Gremien und Strukturen aufgebaut werden, welche die einzelnen Geburtsgebrechen beurteilen können, für die das BSV jedoch heute noch keine Ressourcen zur Verfügung hat.

Es stellt sich die Frage, wie die IV künftig definieren soll, was als Geburtsgebrechen gilt, welche Medikamente und Leistungen mit welchem Preis vergütet werden und ob dazu eigenen Strukturen aufgebaut oder diejenigen der KV genutzt werden können.

4. Die IV verfügt nicht über die finanziellen Mittel, um die medizinischen Entwicklungen finanzieren zu können.

Einen Sonderfall stellen die aktuell in der Öffentlichkeit häufig diskutierten seltenen Krankheiten, die sog. *orphan diseases*, dar. Diese treten heute noch so selten auf, dass sie in einer Praxis eines Allgemeinmediziners in der Regel höchstens einmal pro Jahr vorkommen. Es sind oft lebensbedrohliche oder chronisch einschränkende Erkrankungen, die einer speziellen Behandlung bedürfen. Viele seltene Erkrankungen werden durch einen Gendefekt verursacht und könnten demzufolge als Geburtsgebrechen bezeichnet werden. Der Druck auf die IV, die Liste der anerkannten Geburtsgebrechen entsprechend zu erweitern und die Behandlungen zu übernehmen, nimmt laufend zu. Aufgrund des medizinischen Fortschritts in der genetischen Behandlung und insbesondere genetischen Diagnostik treten diese Gebrechen immer häufiger in Erscheinung. Die Kostenentwicklung ist heute noch nicht absehbar, sie wird aber die mit der IV-Revision 6b angestrebte ausgeglichene Rechnung der IV infrage stellen, falls diese Gebrechen in die GgV-Liste der von der IV anerkannten Geburtsgebrechen aufgenommen werden.

Es stellt sich die Frage, ob Gendefekte als Geburtsgebrechen anerkannt werden und wie die Behandlung der seltenen Krankheiten finanziert werden sollen.

5. Die Eidgenössische Finanzkontrolle empfiehlt, die Liste der Geburtsgebrechen sowie die Weisungen zu den medizinischen Massnahmen grundlegend zu überarbeiten und die Steuerung zu verstärken.

In ihrem Schlussbericht zur Evaluation über die Umsetzung und Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen hat die EFK folgende Empfehlungen formuliert:

1. Die EFK empfiehlt dem BSV, dem Departement des Innern (EDI) einen Vorschlag zur künftigen Rolle der IV bei der Übernahme der medizinischen Massnahmen zu unterbreiten. Angenommen, die medizinischen Massnahmen werden nicht vollständig zur Krankenversicherung transferiert, empfiehlt die EFK dem BSV, die Möglichkeit zu prüfen, die Tätigkeit der IV auf die berufliche und soziale Eingliederung von Kindern mit schweren Geburtsgebrechen und Missbildungen zu konzentrieren.
2. Die EFK empfiehlt dem BSV, die Liste der Geburtsgebrechen und darauf das Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen zu revidieren, mit Bezug beispielsweise auf die internationalen Klassifikationen der Krankheiten und Gebrechen.

3. Die EFK empfiehlt dem BSV, bei der Erstellung der Vereinbarungen mit den V-Stellen Ziele zu setzen und Qualitätsindikatoren zu den medizinischen Massnahmen oder auch zu den individuellen Massnahmen festzulegen.
4. Die EFK empfiehlt dem BSV, die Risiken nach Krankheit, Kanton und Leistungserbringer zu ermitteln. Das BSV sollte die Statistiken vermehrt auswerten. Es sollte über Kennzahlen verfügen, die ihm seine verstärkte Steuerung und effizientere Wahrnehmung der Aufsichtsaufgaben ermöglichen.
5. Die EFK empfiehlt dem BSV, die nötigen Voraussetzungen für den Aufbau spezialisierter Fachpools für die einzelnen medizinischen Bereiche zu schaffen. Das BSV schafft die nötigen Anreize für die IV-Stellen, um dieses Ziel zu verwirklichen, und kann gegebenenfalls auch externe Stellen beziehen, wenn spezifische Kompetenzen benötigt werden.
6. Die EFK empfiehlt dem BSV, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Hochrisikofälle sowohl bezüglich der Leistungsbezüger als auch der Leistungserbringer rigoros geprüft werden. Das BSV sorgt dafür, dass diese Fälle identifiziert und kohärent und systematisch behandelt werden.

4.2 Übersicht über die Varianten

Ausgehend von den vorgängig aufgezeigten Feststellungen wurden vier Varianten erarbeitet und deren Auswirkungen auf die KV, die Kantone und die versicherten Personen untersucht:

Variante 1: Streichung aller medizinischen Massnahmen der IV

Angesichts der Tatsache, dass Geburtsgebrechen heute grundsätzlich auch von der KV gedeckt sind, die IV sich primär nicht als Krankenkasse, sondern als Eingliederungsversicherung versteht, der fehlenden Strukturen sowie der finanziellen Situation der IV, besteht eine konsequente Variante darin, alle medizinischen Massnahmen der IV zu streichen.

Variante 2: Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung

Diese Variante streicht wie Variante 1 die Krankenkassenfunktion der IV bei Geburtsgebrechen, belässt jedoch die medizinischen Eingliederungsmassnahmen von jungen Menschen, d.h. Art. 12 IVG, bei der IV, um deren berufliche Eingliederung zu unterstützen.

Variante 3: Gezielte Streichung einzelner medizinischer der IV

Variante 3 enthält Vorschläge für die Streichung einzelner Leistungen bei der IV, belässt aber die Zuständigkeit für medizinische Massnahmen für Minderjährige weiterhin grundsätzlich bei der IV. Es geht dabei um die Streichung von medizinischen Massnahmen, wo es wegen Leistungen der KV keine Lücken für die versicherten Personen gibt und kein negativer Einfluss auf die berufliche Eingliederung zu erwarten ist; darunter fallen:

1. Einmalige, einfache und kostengünstige operative Eingriffe von geringfügiger Bedeutung (Anpassung auf Verordnungsstufe, spez. der GgV-Liste der Geburtsgebrechen);
2. Medizinische Massnahmen bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 2000 g bis zu einem Gewicht von 3000 g (Anpassung auf Verordnungsstufe, GgV-Ziffer 494);
3. Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungen bei angeborenen Missbildungen des Kiefers resp. Kauapparates und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (Anpassung auf Verordnungsstufe, GgV-Ziffern 201–210);
4. Kinderpflege und Kinderspitex (Anpassung: Art. 14 Abs. 1 IVG);
5. Herabsetzung der Altersgrenze bei Bezügerinnen und Bezüger von medizinischen Massnahmen zur reinen Leidensbehandlung von heute 20 Jahren auf das heutige Mündigkeitsalter 18 Jahre (Anpassung Art. 12 und 13 IVG).

Variante 4: Optimierung der medizinischen Massnahmen der IV

Variante 4 zeigt Wege auf, wie das heutige System optimiert und an den aktuellen medizinischen Wissensstand angepasst werden kann. Sie schliesst zudem die Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) ein.

Bevor eine solche Optimierung an die Hand genommen werden kann, ist zwingend vorgängig der finanzielle Rahmen festzulegen. So ist angesichts der laufenden Sanierung der IV unbedingt zu vermeiden, dass durch diese Optimierung Mehrkosten für die IV entstehen.

Angesichts der Komplexität sind zu den einzelnen Massnahmen – unter Einbezug von Experten – in einem ersten Schritt die entsprechenden Grundlagenarbeiten zu erstellen. Anschliessend können dann – unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen - die Massnahmenpakete definiert werden.

Variante 4 umfasst folgende Elemente:

1. Revision der Liste der Geburtsgebrechen der IV: einerseits Anpassung an den aktuellen medizinischen Wissensstand und andererseits Festlegung von Kriterien für die Anerkennung von Geburtsgebrechen (Anpassung: IVV, GgV, Weisungen).
2. Verbesserung der medizinischen Leistungen für Versicherte mit frühkindlichen psychischen und somatischen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zur Stärkung der beruflichen Eingliederung, allenfalls auch über das 20. Altersjahr hinaus, solange die erstmalige berufliche Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist. Gleichzeitig ist die Abgrenzung zu den heilpädagogischen Massnahmen zu klären, welche seit 2008 im Rahmen des neuen Finanzausgleichs zu den Kantonen übergegangen sind.
3. Einbezug der IV bei der Erarbeitung eines nationalen Konzepts zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten, insbesondere der Diagnostik, Behandlung, Vergütung von Arzneimitteln gegen diese Krankheiten (sog. *orphan drugs*) und Forschung (Po. 10.4055 von NR Humbel).
4. Gezielte Streichung medizinischer Massnahmen bei der IV (z.B. mittels Massnahmen aus Variante 3), um allfällige Mehrkosten bei der IV zu kompensieren.
5. Angleichung der IV-Kriterien für die Beurteilung neuer Leistungen und Medikamente an die Kriterien der KV für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien), einerseits indem explizit geregelt wird, welche Regelungen der KV auch direkt für die IV gelten und andererseits indem das BAG mit seinen Gremien neu auch die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für Leistungen übernimmt, welche von der IV vergütet werden, und dabei insbesondere die Preise der Medikamente auch für die IV festlegt. Die bestehenden Strukturen beim BAG würden ausgebaut und die Zusammenarbeit zwischen BSV und BAG intensiviert. Dies ermöglicht eine hohe fachliche Qualität, Einheitlichkeit zwischen KV und IV und einen geringeren personellen Mehrbedarf als ein Aufbau neuer Prozesse, Kriterien und Gremien beim BSV. Diese Vorgehensweise würde derjenigen entsprechen, welche bereits für Fragen im Zusammenhang mit Medizinaltarifen angewendet wird, für welche auf der Basis einer Vereinbarung die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG die Koordination für die Unfallversicherer (UV), Militärversicherung (MV) und IV erfolgreich ausübt.
6. Schaffung eines neuen Expertengremiums für die Anerkennung von Geburtsgebrechen (Anpassung: Art. 1 Abs. 2 GgV).
7. Verstärkung der Steuerung der medizinischen Massnahmen durch das BSV durch Überprüfung der Zweckmässigkeit, der einheitlichen Anwendung und der Kosten (Anpassungen der Weisungen, Vereinbarungen zwischen BSV und IV-Stellen).

Verwendetes Kostenmodell

Für die finanziellen Auswirkungen auf die IV, KV, Kantone und versicherten Personen sind die zwischen IV und KV unterschiedliche Spitalfinanzierung und Kostenbeteiligung massgeblich. Folgendes Modell für die Berechnung der Kostenaufteilung zwischen der IV, der obligatorischen KV, den Kantonen und den versicherten Personen liegt den Berechnungen zugrunde:

- Basis der Berechnungen sind die aktuellsten verfügbaren Zahlen aus dem Jahre 2011.
- In der IV trägt der Kanton 20 Prozent und die IV 80 Prozent der stationären Leistungen. Nach Streichung von medizinischen Massnahmen aus der IV übernimmt die KV 45 Prozent der stationären Kosten und für den Kanton ergibt sich ein Kostenanteil von 55 Prozent.
- Nach Streichung von medizinischen Massnahmen aus der IV übernimmt die KV 95 Prozent der ambulanten Leistungen, 5 Prozent übernehmen die versicherten Personen im Rahmen der Kostenbeteiligung (d.h. 10 Prozent der Leistungen, aber mit Plafond für den Versicherten).

Ausgehend von den in Kapitel 4.1 beschriebenen Feststellungen und den Empfehlungen der EFK in ihrem Bericht zu den medizinischen Massnahmen wurden vier Varianten und deren Auswirkungen skizziert:

4.3 Variante 1: Streichung aller medizinischen Massnahmen der IV

Aus der Überlegung, dass heute grundsätzlich alle medizinischen Leistungen der IV auch durch das KV-Obligatorium gedeckt sind, die IV sich strategisch auf die berufliche Eingliederung ihrer Versicherten ausrichtet, der IV geeignete Strukturen und Ressourcen für die Zulassung neuer Medikamente und Geburtsgebrechen fehlen, besteht eine der untersuchten Variante darin, alle medizinischen Massnahmen der IV zu streichen.

Die Zulassung von Medikamenten sowie die Entschädigung der Leistungen (Tarife) würden für alle Geburtsgebrechen von einer einzigen Versicherung, der Krankenversicherung, wahrgenommen und dadurch gäbe es keine Abgrenzungs-/Koordinationsschwierigkeiten mehr. Entsprechend würde der Aufwand bei den IV-Stellen und dem BSV zurückgehen und bei den Krankenversicherern und beim BAG zunehmen.

Auch bei Streichung aller medizinischen Massnahmen bei der IV ist die medizinische Behandlung der Versicherten weiterhin sichergestellt, da die OKP leistungspflichtig wird. Ohne Anpassungen bei der KV würden in Einzelfällen Leistungslücken entstehen, weil bei der KV bei einzelnen Gebrechen aufgrund unterschiedlicher Systemvoraussetzungen nicht dieselben medizinischen Leistungen vergütet würden. Dazu zählen z.B. die Diätmittel bei Stoffwechselkrankheiten oder länger dauernde psycho-, ergo- oder physiotherapeutische Behandlungen bei frühkindlichen Psychosen oder bei einem Asperger-Syndrom. Anzahl Personen und Beträge können nicht für alle Einzelleistungen ausgewertet werden, da sie keinen eigenen Leistungscode in der Tarifdatenbank der Zentralen Ausgleichsstelle der AHV und IV haben. Dies trifft z.B. auf die Diätmittel zu.

Variante 1 führt zu einer Gleichbehandlung aller Kinder mit Geburtsgebrechen, die in der Schweiz leben, unabhängig davon, ob sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der IV erfüllen (in der Schweiz invalid geboren oder deren Eltern bereits mehr als ein Jahr Beiträge leisten oder sich seit zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufhalten) oder nicht.

Zudem haben die versicherten Personen neu eine Kostenbeteiligung zu tragen.

Die Streichung aller medizinischen Massnahmen bei der IV hätte folgende finanziellen Auswirkungen:

- *Invalidenversicherung:*
Bei Streichung aller medizinischen Massnahmen reduzieren sich die Ausgaben der IV um 683 Mio. Franken pro Jahr. Bei der IV bleiben 10 Mio. Franken für nicht-medizinische Massnahmen, wie z.B. gewisse Hilfsmittel, die unter demselben Leistungscode codiert werden wie die medizinischen Massnahmen.
- *Krankenversicherung:*
Bei Streichung aller medizinischen Massnahmen bei der IV entfallen pro Jahr 547 Mio. Franken auf die KV.
- *Kantone:*
Bei Streichung aller medizinischen Massnahmen bei der IV steigen die Kosten für die Kantone um 115 Mio. Franken pro Jahr an. Dies wegen dem höheren Kostenanteil der Kantone bei stationären Aufenthalten gemäss KVG.
- *Versicherte Personen:*
Bei Streichung aller medizinischen Massnahmen bei der IV fallen bei den Versicherten pro Jahr 21 Mio. Franken an Kosten im Rahmen der Kostenbeteiligung an.

Erforderliche Anpassungen bei der IV:

Streichung der Art. 12, 13 und 14 IVG und der Art. 2, 3, 3^{bis}, 3^{ter}, 4^{bis} und 4^{ter} IVV sowie der GgV.

Tabelle 1: Stand der Kostenanteile IV, KV, Kanton und versicherter Personen vor und nach Streichung aller medizinischen Massnahmen der IV (Art. 12, 13, 14 IVG) 2011

	Aktuell (2011)		Neu			
	IV	Kanton	IV	vP (Kostenbeteiligung)	KV	Kanton
Kosten insgesamt	693	65	10	21	547	180
Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)	10	0	10	0	0	0
Kosten medizinische Massnahmen*	683	65	10	21	547	180
Davon stationäre Medizinaltarife	262	65	0	0	147	180
Davon ambulante Medizinaltarife	93	0	0	5	89	0
Davon andere Tarife (z.B. nicht-ärztliche Psychotherapien, Medikamente)	328	0	0	16	311	0

Quelle: IV-Statistik, eigene Berechnungen (gerundete Werte)

*Die Kosten für medizinische Massnahmen der IV wurden unterteilt in Kosten für medizinische Massnahmen mit Medizinaltarifen, davon stationäre und ambulante sowie für andere Tarife, wie Medikamente, Diätmittel, Behandlungsgeräte, nicht-ärztliche Psychotherapien, Ergo- und Physiotherapien oder kieferorthopädische Abklärungen und Behandlungen

4.4 Variante 2: Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung

Variante 2 basiert auf den gleichen Überlegungen wie Variante 1, unterscheidet sich jedoch darin, dass wegen der Ausrichtung der IV auf die Eingliederung die medizinischen Massnahmen zur Eingliederung (Art. 12 IVG) weiterhin bei der IV verbleiben. Dies bedeutet, dass die IV keine medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Leidens an sich mehr vergütet, also keine Behandlung von Geburtsgebrechen mehr übernimmt, sondern ihre finanziellen Mittel und Personalressourcen sowie die medizinischen Leistungen ausschliesslich für die berufliche Integration der versicherten Personen einsetzt.

Die Versicherten mit Geburtsgebrechen erhalten bei der KV grundsätzlich dieselben Behandlungsmassnahmen wie bei der IV, jedoch bleiben einzelne bei der Variante 1 beschriebene Leistungslücken bei gewissen Geburtsgebrechen (dazu zählen z.B. die Diätmittel bei Stoffwechselkrankheiten oder länger dauernde psycho-, ergo- oder physiotherapeutische Behandlungen bei frühkindlichen Psychosen oder bei einem Asperger-Syndrom).

Diese Variante führt zu einer Gleichbehandlung aller Kinder mit Geburtsgebrechen, die in der Schweiz leben, unabhängig davon, ob sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der IV erfüllen (in der Schweiz invalid geboren oder deren Eltern bereits mehr als ein Jahr Beiträge leisten oder sich seit zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufhalten) oder nicht.

Die Preisbildung von Medikamenten sowie die Vergütung der Leistungen (Tarife) würden für alle Geburtsgebrechen von einer einzigen Versicherung wahrgenommen und es gäbe keine Unterschiede mehr. Entsprechend würde der Aufwand bei den IV-Stellen und dem BSV zurückgehen, jedoch bei den Krankenversicherern und beim BAG zunehmen.

In der Praxis besteht allerdings eine gewisse Abgrenzungsproblematik bei einzelnen medizinischen Massnahmen bezüglich ihres Einsatzes sowohl in der Leidensbehandlung als auch in der beruflichen Integration der Versicherten, so z.B. bei den medizinischen Massnahmen beim Autismus: die aktuell bei diesen Gebrechen wirkungsvollsten integrativen Psychotherapien dienen gleichzeitig der Leidensbehandlung, der medizinischen Eingliederung sowie der Beratung und Aufklärung der Eltern und Lehrer und der heilpädagogischen Betreuung der Kinder. Hier ist – unabhängig von der gewählten Variante - eine Klärung der Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträger notwendig.

Bei Kindern mit einem Geburtsgebrechen besteht ein Teil der heute unter der Behandlung eines Geburtsgebrechens erbrachten Leistungen aus Eingliederungsmassnahmen. Werden alle medizinischen Massnahmen für Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) bei der IV gestrichen, werden sich in gewissem Umfang die ausgewiesenen Kosten für Eingliederungsmassnahmen erhöhen. Diese Verschiebung kann jedoch heute nicht beziffert werden. Ohne Berücksichtigung dieses Effektes ergeben sich folgende Auswirkungen:

- **Invalidenversicherung:**
Bei Streichung aller medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG reduzieren sich die Ausgaben der IV um 664 Mio. Franken pro Jahr. Bei der IV bleiben 7 Mio. Franken für nicht-medizinische Massnahmen, wie z.B. gewisse Hilfsmittel.
- **Krankenversicherung:**
Nach Streichung der medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG entfallen auf die KV pro Jahr 532 Mio. Franken.
- **Kantone:**
Nach Streichung der medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG bei der IV steigen die Kosten für die Kantone um 112 Mio. Franken pro Jahr.
- **Versicherte Personen:**
Nach Streichung der medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG entfallen auf die Versicherten 20 Mio. Franken infolge der Kostenbeteiligung.

Erforderliche Anpassungen:

Streichung des Art. 13 IVG, der Art. 3 und 4^{ter} IVV sowie der GgV.

Tabelle 2: Kostenanteile IV, KV, Kanton vor und nach Streichung der medizinischen Massnahmen für Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) 2011

	Aktuell (2011)		Neu			
	IV	Kanton	IV	vP (Kostenbeteiligung)	KV	Kanton
Kosten insgesamt	671	64	7	20	532	176
<i>Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)</i>	7	0	7	0	0	0
<i>Kosten medizinische Massnahmen</i>	664	64	0	20	532	176
<i>Davon stationäre Medizinaltarife</i>	255	64	0	0	144	176
<i>Davon ambulante Medizinaltarife</i>	89	0	0	4	84	0
<i>Davon andere Tarife (z.B. nicht-ärztliche Psychotherapien, Medikamente)</i>	320	0	0	16	304	0

Quelle: IV-Statistik (gerundete Werte), eigene Berechnungen

4.5 Variante 3: Gezielte Streichung einzelner medizinischer Massnahmen der IV

Variante 3 geht deutlich weniger weit als die beiden vorangehenden Varianten und umfasst Vorschläge für punktuelle Anpassungen der IV-Leistungen, belässt aber die Zuständigkeit für medizinische Massnahmen für Minderjährige weiterhin grundsätzlich bei der IV. Es geht dabei um die Streichung von medizinischen Massnahmen für die Leidensbehandlung, wo es wegen Leistungen der KV keine Lücken für die versicherten Personen gibt und kein negativer Einfluss auf die berufliche Eingliederung zu erwarten ist.

Zu diesen Massnahmen zählen:

1. Einmalige, einfache und kostengünstige operative Eingriffe bei Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung

In Art. 13 IVG ist festgehalten, dass „der Bundesrat die Gebrechen bezeichnet, für welche medizinische Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist.“ In der Botschaft des Bundesrats zur 1. IVG-Revision vom 27.2.1967 wird zu Art. 8 Abs. 2 IVG erwähnt, dass „der Ausschluss von Leiden geringfügiger Bedeutung geltender Regelung entspricht und der Auffassung Rechnung trägt, dass die IV nicht in Anspruch genommen werden sollte, wenn ein Leiden mit minimen Kosten behoben werden kann, oder wenn es sich um geringfügige, namentlich kosmetische Körperschäden handelt“. Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit dieser Leiden ist durch den Begriff der geringfügigen Bedeutung nicht in Frage gestellt, jedoch die Zuständigkeit der IV. Der Begriff ‚geringfügig‘ wurde im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen jedoch nicht genauer umschrieben. Zu diesen zählen v.a. diejenigen Gebrechen mit geringer Komplexität, die sich mit einer relativ einfachen Behandlung (d.h. Operation) zu einem geringen Preis nachhaltig heilen lassen. Heute enthält die Liste der Geburtsgebrechen verschiedene Gebrechen, welche unter die Definition von geringfügig fallen und deshalb gestrichen werden können.

Die Streichung dieser Leistungen führt zu Kosteneinsparungen bei der IV von 13 Mio. Franken und erfordert eine Anpassung der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), d.h. im Anhang Liste der Geburtsgebrechen. Die Massnahmen werden von der KV und vom Kanton übernommen.

=> für die Liste der geringfügigen Geburtsgebrechen und detaillierte statistische Auswertungen vgl. Anhang V, Tabellen 11 und 12 auf Seite 63ff.

2. Medizinische Massnahmen bei Neugeborenen, spez. Frühgeburten, mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zu einem Gewicht von 3000 g (GgV-Ziffer 494)

Medizinische Massnahmen bei einem niedrigen Geburtsgewicht ohne zusätzliche Geburtsgebrechen sind reine Behandlungsmassnahmen des Leidens an sich und eine Streichung hätte keinen Einfluss auf eine spätere beruflichen Eingliederung der Kinder. Die stationären Massnahmen im Zusammenhang mit einem niedrigen Geburtsgewicht allein würden von der KV und vom Kanton übernommen. Die Streichung der medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit einem niedrigen Geburtsgewicht allein führt zu Kosteneinsparungen von schätzungsweise 23 Mio. Franken und erfordert eine Anpassung der Liste der von der IV anerkannten Geburtsgebrechen (siehe Anhang der GgV). Die IV übernimmt aber weiterhin die Kosten für die medizinischen Massnahmen in der Höhe von 45 Mio. Franken für die mit einem niedrigen Geburtsgewicht auftretenden Geburtsgebrechen (wie z.B. das Syndrom der hyalinen Membranen in der Lunge, angeborene Herzfehler, Cerebralparese), da diese bei der IV anerkannt sind.

=> für detaillierte statistische Auswertungen siehe Anhang V, Tabelle 13 auf Seite 65.

3. Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungen bei angeborenen Missbildungen des Kiefers resp. Kauapparates und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (GgV-Ziffern 201–210)

Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungen bei Missbildungen des Kiefers sind nicht primär auf die Eingliederung der Versicherten ausgerichtet. Darunter fallen Geburtsgebrechen des Kauapparates unter den GgV-Ziffern 201–210, z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (GgV-Ziffer 201), angeborene Kleinheit des Unterkiefers (GgV-Ziffer 208), angeborener offener Biss (GgV-Ziffer 209) oder angeborenes Vorstehen des Unterkiefers (GgV-Ziffer 210).

Zahnärztliche Behandlungen vor dem 20. Altersjahr als Folge von Geburtsgebrechen gehen zu Lasten der KV, wenn die versicherte Person die Versicherungsklausel gemäss Artikel 6 IVG nicht erfüllt (Art. 27 KVG, Art. 19a Abs. 1 Bst. b KLV, vgl. BGE 126 V 103). Entsprechend werden die Kosten der medizinischen Massnahmen für die GgV-Ziffern durch die KV und den Kanton übernommen. Die versicherten Personen übernehmen die Kosten im Rahmen der Kostenbeteiligung gemäss KVG.

Die Streichung dieser Leistungen führt zu Kosteneinsparungen bei der IV von 78 Mio. Franken und erfordert eine Anpassung der Liste der von der IV anerkannten Geburtsgebrechen (siehe Anhang der GgV).

=> für detaillierte statistische Auswertungen siehe Anhang V, Tabelle 14 auf Seite 66.

4. Kinderpflege und Kinderspitex

Die IV hat keine eigenen Tarifverträge mit Spitexorganisationen. Es bestehen auch keine Bestimmungen über die Zulassung der Leistungserbringer. Die Abgeltung der Leistungen orientiert sich an der KV und adaptiert die dort geltende neue Beitragsregelung. Die im IV-Rundschreiben 308 definierten Leistungen für die medizinischen Massnahmen der Spitex basieren auf den Leistungen von Art. 7 KLV. Somit ist im Bereich der Behandlungspflege bereits eine weitgehende inhaltliche Harmonisierung zwischen IV und KV hergestellt. Die IV vergütet keine andersartigen Leistungen der Spitex als die KV. Mit der Einbettung in die Leistungen der Spitex der KV wäre eine einheitliche Handhabung gewährleistet und würden organisatorische Unklarheiten in der Zuständigkeit beseitigt.

Die Streichung dieser Leistungen führt zu einer Reduktion der IV-Ausgaben um schätzungsweise 10 Mio. Franken pro Jahr und erfordert eine Anpassung des Art. 14 Abs. 1 IVG.

5. Herabsetzung der Altersgrenze bei Bezügerinnen und Bezüger von medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen von heute 20 Jahren auf das heutige Mündigkeitsalter 18 Jahre

Geburtsgebrechen wurden bei Inkrafttreten des IVG (1.1.1960) für Minderjährige übernommen (damals bis 20 Jahre). Ab 1.1.1996 wurde die Mündigkeit im Zivilgesetzbuch (ZGB) auf 18 Jahre reduziert, in der IV wurde jedoch die Altersgrenze für den Anspruch auf medizinische Massnahmen nicht auf 18 Jahre gesenkt. Konsequenterweise ist die Altersgrenze der Bezüger/-innen für medizinische Massnahmen, die nur der Behandlung des Leidens dienen, auf 18 Jahre herabzusetzen. Diese Massnahme würde zu einer Anpassung im Art. 12 Abs. 1 und Art. 13 Abs. 1 IVG und zu Kosteneinsparungen bei der IV von schätzungsweise 40 Mio. Franken pro Jahr führen. Die Kosten für die medizinischen Massnahmen werden von der KV und vom Kanton übernommen, die Versicherten übernehmen die durch die Kostenbeteiligung anfallenden Beiträge.

=> für detaillierte statistische Auswertungen siehe Anhang V, Tabelle 15 auf Seite 67.

Die Streichung der medizinischen Leistungen, die nur der Krankheitsbehandlung dienen, führt bei der Übernahme durch die KV zu keiner Einbusse des Eingliederungspotenzials der versicherten Personen. Insgesamt ergeben sich folgende finanziellen Auswirkungen:

Invalidenversicherung:

Bei Streichung dieser Leistungen bei der IV reduzieren sich die Ausgaben der IV pro Jahr um schätzungsweise 170 Mio. Franken.

Krankenversicherung:

Bei Streichung dieser Leistungen bei der IV entfallen auf die KV pro Jahr Kosten von schätzungsweise 140 Mio.

Kantone:

Bei Streichung dieser Leistungen bei der IV steigen die Kosten bei den Kantonen pro Jahr um schätzungsweise 24 Mio. Franken.

Versicherte Personen:

Für die versicherten Personen entstehen bei der Übernahme der medizinischen Leistungen durch die KV keine Leistungslücken. Ein Mehraufwand von schätzungsweise 5 Mio. Franken entsteht jedoch wegen der Kostenbeteiligung.

4.6 Variante 4: Optimierung der medizinischen Massnahmen der IV

Variante 4 zeigt Wege auf, wie das heutige System optimiert und an den aktuellen medizinischen Wissensstand angepasst werden kann. Sie schliesst zudem die Empfehlungen der EFK zur Analyse der Umsetzung und Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen ein. Diese Optimierung besteht aus sieben Elementen:

1. *Revision der Liste der Geburtsgebrechen der IV: einerseits Anpassung an den aktuellen medizinischen Wissensstand und andererseits Festlegung von Kriterien für die Anerkennung von Geburtsgebrechen (Anpassung: IVV, GgV, Weisungen)*

Als Geburtsgebrechen gelten gemäss Art. 3 Abs. 2 ATSG diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen. Infolge zunehmender Präzision diagnostischer Verfahren (z.B. genetischer Tests), mit welchen heute gewisse Gebrechen (z.B. gewisse *orphan diseases* oder der frühkindliche Autismus) auch ohne Manifestation bereits bei Geburt nachgewiesen werden können, besteht für die IV auch Handlungsbedarf in der Überarbeitung der GgV-Liste der Geburtsgebrechen. Für die Anpassung der Liste der Geburtsgebrechen hat die IV grundsätzlich drei Optionen:

- Die IV friert die heutige Liste der Geburtsgebrechen ein (mit Besitzstand für die bisherigen Leistungsbezüger bis zum 20. Altersjahr) und die Leistungen für neue Geburtsgebrechen werden über die KV finanziert.
- Die IV passt die Liste der Geburtsgebrechen an den aktuellen Wissensstand der Medizin an und übernimmt auch für Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen und heute noch nicht bei IV anerkannt sind, die Kosten für medizinische Massnahmen bis zum vollendeten 20. Altersjahr.
- Die Definition von Geburtsgebrechen wird angepasst und die IV passt die heutige Liste der Geburtsgebrechen entsprechend an, z.B. an die internationalen Klassifikationssysteme. Die Änderung der Definition von Geburtsgebrechen kann dazu führen, dass heute bei der IV anerkannte Geburtsgebrechen aufgrund neuer, d.h. an den medizinischen Fortschritt angepasste Kriterien nicht mehr auf der Liste aufgeführt und im Gegensatz dazu neue Geburtsgebrechen in die Liste aufgenommen werden können.

Die dritte Option deckt sich mit der Empfehlung 2 der EFK.

2. *Verbesserung der medizinischen Leistungen für Versicherte mit frühkindlichen psychischen und somatischen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zur Stärkung der beruflichen Eingliederung, allenfalls auch über das 20. Altersjahr hinaus, solange die erstmalige berufliche Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist; gleichzeitig ist die Abgrenzung zu den heilpädagogischen Massnahmen zu klären, welche seit 2008 im Rahmen des NFA zu den Kantonen übergegangen sind*

Zu diesen Gebrechen zählen v.a. die frühkindlichen psychischen Störungen (GgV-Ziffer 404 bis 406) und die angeborenen zerebralen Lähmungen (GgV-Ziffer 390). Diese erfordern nebst erzieherischen und heilpädagogischen Massnahmen oft auch langjährige psycho-, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen, inklusive Medikamente. Gerade bei diesen Geburtsgebrechen gelten die integrativen Behandlungen, wie z.B. die Frühintervention bei frühkindlichem Autismus (GgV-Ziffer 405) als wirksame Massnahmen für die Eingliederung dieser Kinder. Sie dienen aber gleichzeitig der medizinischen Behandlung des Leidens an sich, der Beratung, Begleitung und Aufklärung der Eltern und Lehrer sowie der heilpädagogischen und erzieherischen Begleitung dieser Kinder während der schulischen und beruflichen Integration und fallen dadurch auch in die Leistungspflicht der Krankenversicherung und der Kantone sowie der versicherten Personen aufgrund der Kostenbeteiligung. In der Praxis lassen sich jedoch die Einzelleistungen dieser Therapiesettings nicht klar voneinander abgrenzen. Zudem werden sie oft vom gleichen Leistungserbringer erbracht.

Die IV kann bei nachgewiesener Wirksamkeit dieser Therapien, insbesondere bei Behandlungsbeginn im frühen Kindesalter, im Einzelfall bei Bedarf diese Leistungen grosszügiger vergüten als die KV. Damit kann die Eingliederung in die Regelschule, eine berufliche Ausbildung oder eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt noch stärker gefördert werden. Die Kosten für diese integrativen Behandlungen können jedoch nicht für alle Einsatzbereiche von der IV übernommen werden, da es sich nicht ausschliesslich um medizinische Massnahmen handelt. So besteht heute für die Übernahme der Kosten

für die nicht-medizinischen Behandlungen im Sinne der Kostentransparenz dringender Klärungsbedarf, welche Leistungen von der Krankenversicherung, welche von den Kantonen und welche von der IV übernommen werden. Ein zielführendes Vorgehen bedingt somit eine Koordination mit den anderen Kostenträgern.

Allenfalls ist zu prüfen, ob gewisse eingliederungsrelevante medizinische Massnahmen bei angeborenen psychischen und somatischen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen auch über das 20. Altersjahr hinaus erbracht werden sollen, solange die erstmalige Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist. Die Weiterführung der Leistungen in gleichem Umfang während der gesamten erstmaligen beruflichen Ausbildung ist sinnvoll, da gerade bei jungen Erwachsenen, d.h. bei 16- bis 25-Jährigen zusätzlich zu den Entwicklungsstörungen auch Störungen im Zusammenhang mit dem Erwachsenwerden auftreten können.

3. Einbezug der IV bei der Erarbeitung eines nationalen Konzepts zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten, insbesondere der Diagnostik, Behandlung, Vergütung von Arzneimitteln gegen diese Krankheiten (sog. orphan drugs) und Forschung (Po. 10.4055 von NR Humbel)

Die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV stiegen in den letzten zehn Jahren um durchschnittlich 4,8% pro Jahr von 453 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 694 Mio. Franken im Jahr 2011. Die Medizin entwickelt sich laufend weiter. Es werden aufgrund des stetig ansteigenden Fortschrittes in der Medizin, v.a. in der genetischen Diagnostik, laufend neue sog. seltene Krankheiten (*orphan diseases*) als behandelbare Krankheiten erkannt. Diese benötigen oft sehr kostspielige genetische Behandlungen. Ein Beispiel ist das CAPS-Syndrom, welches u.a. im Verlauf des Lebens mit multiplen Entzündungen einhergeht. Es wird vermutet, dass diesem Syndrom oft eine genetische Veranlagung zugrunde liegt und es stellt sich deshalb die Frage, ob dieses Syndrom den Geburtsgebrechen zuzuordnen ist. Heute ist es von der IV nicht als Geburtsgebrechen anerkannt. Diese Entwicklungen in der Medizin erhöhen den Druck auf die Sozialversicherer.

Neue Wege zur Beurteilung, Anerkennung und auch der Finanzierung dieser Entwicklungen müssen gefunden werden. Die Verantwortung der IV für die Finanzierung von Therapien in einem Bereich, in welchem in den nächsten Jahren mit Fortschritten und höheren Kosten zwingend zu rechnen ist, ist nicht vereinbar mit den Erwartungen der Politik, das Defizit zu reduzieren und Schulden bei der AHV zurückzuzahlen.

Im Entscheid vom 23. November 2010, 9C_334/2010 (= BGer 136 V 395) zur Übernahme der Kosten für ein Arzneimittel ausserhalb der Spezialitätenliste („Myozyme“) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung äussert sich das Bundesgericht erstmals zu den grundlegenden Fragen der Rationierung und den Grenzen der Finanzierung im Bereich des Gesundheitsrechts. Es umschreibt die finanziellen Spielräume der Gesellschaft und die zumutbaren Kosten in Bezug auf den Erhalt eines Menschenlebens. Ethische Gesichtspunkte lässt es nicht ausser Acht. Ihre Bedeutung wird angesichts der Knappheit der Mittel relativiert. Dieser vieldiskutierte Entscheid wird auch die Invalidenversicherung beschäftigen, da sich dort letztlich die gleichen Fragen stellen.

Fragen im Zusammenhang mit der Diagnostik, Behandlung und Vergütung von Arzneimitteln gegen seltene Krankheiten (sog. *orphan drugs*) werden im Rahmen des Po. 10.4055 von NR Humbel beantwortet. Sie sollen in eine nationale Strategie eingebettet werden.

4. Gezielte Streichung medizinischer Massnahmen der IV (z.B. mittels Massnahmen aus Variante 3), um allfällige Mehrkosten bei der IV zu kompensieren

Die Massnahmen 1, 2, 3, 5 und 6 unter Variante 4 können u.U. zu Mehrkosten bei der IV führen. Um dies zu vermeiden können für die Kompensation u.a. die unter Variante 3 erwähnten punktuellen Leistungsverchiebungen von der IV zur KV herangezogen werden.

5. Angleichung der IV-Kriterien für die Beurteilung neuer Leistungen und Medikamente an die KV

Die IV übernimmt heute bei Kindern mit Geburtsgebrechen medizinische Massnahmen, wie Medikamente, medizinische Leistungen, Behandlungsgeräte, für reine Leidensbehandlungen und hat damit die Funktion einer Krankenkasse. Aus diesem Grunde wenden sich die Experten der Pharmaindustrie oder Leistungserbringer zur Finanzierung von neuen Medikamenten und medizinischen Leistungen

zur Behandlung von Geburtsgebrechen bei Minderjährigen an das BSV und gleichzeitig bei Erwachsenen an das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dies kann beispielsweise in der Festlegung von Preisen für neue Medikamente ohne Zusammenarbeit zwischen BSV und BAG zu Unterschieden zwischen der IV und der KV führen. Dies trifft aktuell z.B. auf das Medikament Kuvan zu, welches bei einer spezifischen Gruppe von versicherten minderjährigen und erwachsenen Personen mit einer Phenylketonurie (Eiweiss-Stoffwechsel-Krankheit), verabreicht wird. Für die Aufnahme neuer Medikamente für Geburtsgebrechen führt das BAG neben der Spezialitätenliste (SL) auch eine Liste für Medikamente für Geburtsgebrechen (GGML). Diese enthält diejenigen Medikamente, welche den Versicherten der Invalidenversicherung wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und welche die Versicherten ab dem vollendeten 20. Altersjahr weiterhin benötigen. Bezüglich der Handhabung der WZW-Kriterien einzelner Leistungen und Preisbildung neuer Medikamente für Minderjährige führen das BSV und das BAG heute schon informelle Gespräche.

Im Gegensatz zur IV ist die Handhabung der WZW-Kriterien bei der KV geregelt. Zudem führt das BAG ein administratives und wissenschaftliches Sekretariat für folgende ausserparlamentarische Kommissionen: Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK), Eidg. Arzneimittelkommission (EAK), Eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK). Diese Kommissionen setzen sich aus verschiedenen Stakeholdern zusammen. Die ELGK und EAMGK geben dem EDI Empfehlungen über verschiedene Anfragen zu Leistungen im KV-Bereich, die EAK hingegen berät das BAG zu Fragen im Zusammenhang mit der Preisbildung von Arzneimitteln. Das BSV ist nicht mehr in diesen Kommissionen vertreten. Es hat deshalb mit Ausnahme der für die Geburtsgebrechen spezifischen Medikamente (siehe vorheriger Abschnitt) weder einen direkten Einfluss auf die Ausgestaltung der Leistungen entsprechend der KV noch auf die Medikamentenpreise. Dem BSV fehlen die entsprechenden Gremien; deren Aufbau mit viel Knowhow und Ressourcen verbunden ist, über die das Amt heute nicht verfügt. Aus diesem Grunde lehnt sich das BSV mehrheitlich an die Leistungsvorgaben des BAG an.

Für die Handhabung der WZW-Kriterien neuer medizinischer Leistungen und Preisbildung neuer Medikamente gibt es für die IV folgende Optionen:

- Die IV schliesst sich an die KV-Regelungen an: Nachteile: Limitierungen gelten auch für die IV (z.B. Psycho- und Physiotherapie), nicht alles ist abgedeckt (z.B. spezielle Medikamente für Minderjährige, Diätmittel bei angeborenen Stoffwechselstörungen, etc.).
- Das BSV schafft eigene Prozesse, Kriterien, Ressourcen und Gremien; Nachteile: teilweise fehlendes Knowhow beim BSV, aufwändig und teuer; es sind Unterschiede zwischen KV und IV zu erwarten, z.B. in der Preisbildung von Medikamenten.
- Das BAG übernimmt mit seinen Gremien neu auch die Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für Leistungen, welche von der IV vergütet werden, die bestehenden Strukturen beim BAG würden ausgebaut und die Zusammenarbeit zwischen BSV und BAG intensiviert. Vorteile: Ermöglichung einer hohen fachlichen Qualität, Einheitlichkeit zwischen KV und IV und einen geringeren personellen Mehrbedarf als ein Aufbau neuer Prozesse, Kriterien und Gremien beim BSV.

Die Bildung einer Kommission für die Anliegen der IV erfordert eine Modifikation des Art. 14 IVG sowie der Art. 2 und 4^{bis} IVV. Die Tatsache, dass diese Kommissionen im KVG geregelt sind, verlangt neben den Änderungen im IVG und in der IVV auch eine Anpassung der Art. 37d, 37e und 37f KVV.

6. Schaffung eines neuen Expertengremiums für die Anerkennung von Geburtsgebrechen

Auch nach einer Anpassung der Liste der Geburtsgebrechen (siehe unter Punkt 1 bei Variante 4) wird es periodisch Anpassungen geben müssen. Inwieweit die heute bestehenden Gremien aus dem KV-Bereich diese Aufgabe fachlich wahrnehmen können oder ob aus fachlichen Gründen ein eigenes Gremium geschaffen werden muss, müsste noch vertieft abgeklärt werden. Die Geburtsgebrechen sind in der Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV) geregelt. Falls die IV ein eigenes Gremium für die Anerkennung neuer Geburtsgebrechen benötigt, so muss dieses in der GgV, speziell im Art. 1 Abs.2 geregelt werden.

7. Verstärkung der Steuerung der medizinischen Massnahmen durch das BSV durch Überprüfung der Zweckmässigkeit, der einheitlichen Anwendung und der Kosten

Das BSV plant ein verstärktes Monitoring für die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung. Die Kostensteuerung der medizinischen Massnahmen soll verstärkt werden, bei einzelnen Ge-

burtsgeborenen sowohl gesamtschweizerisch als auch auf kantonaler Stufe oder auf Stufe einzelner Leistungserbringer. Mit einer Risikoanalyse können gezielt Massnahmen für einzelne Geburtsgebrechen, Kantone oder Leistungserbringer ergriffen werden. Zudem soll eine Analyse der Hochkostenfälle Hinweise darauf geben, wo mittels Fallmanagement die Kosten reduziert oder die Wirkung verbessert werden können.

Mit diesen Schritten werden auch die Empfehlungen 3 bis 6 der EFK aufgegriffen.

5 Fazit

Seit der Einführung des KVG-Obligatoriums 1996 sind alle Personen in der Schweiz für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet deren Ursache versichert. Entsprechend wäre die Streichung der medizinischen Massnahmen in der IV (Variante 1) die logische Konsequenz. Dagegen sprechen der damit verbundene Kostentransfer in die KV sowie die Tatsache, dass die KV in bestimmten Fällen nicht genau die gleichen Leistungen übernimmt wie die IV. Gegen einen Transfer in die KV spricht auch, dass die IV – insbesondere bei Entwicklungsstörungen wie Autismus – keinen Einfluss mehr auf die medizinische Behandlung nehmen kann und sich damit unter Umständen die Eingliederungschancen verschlechtern.

Variante 2 (Beschränkung auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung) passt zwar zur Ausrichtung der IV als Eingliederungsversicherung, führt aber zu grossen Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn es darum geht, ob es um eine medizinische Massnahme zur Eingliederung (IV) oder zur Heilbehandlung (KV) handelt. Eine scharfe Trennlinie ist nicht möglich.

Variante 3 (gezielte Streichung einzelner medizinischer Massnahmen der IV) entlastet die IV von einzelnen nicht eingliederungsrelevanten Gebrechen, löst jedoch die Thematik zweier paralleler Versicherungen nicht.

Variante 4 (Optimierung der medizinischen Massnahmen der IV) belässt die Parallelität zweier Versicherungen und optimiert die Leistungen und Prozesse der IV. Für Variante 4 spricht, dass die Positionierung der IV als Eingliederungsversicherung innerhalb des Gesundheitswesens klarer wird. Damit verbunden sind aber auch eine breite öffentliche Debatte sowie der Druck, neue medizinische Leistungen, die sich positiv auf die Eingliederung der versicherten Personen auswirken, in den Leistungskatalog der IV aufzunehmen, was die Ausgaben der IV unter Umständen erhöhen wird. Aus diesem Grund sind flankierende Massnahmen vorzusehen, welche Zusatzkosten für die IV verhindern. Zudem ist bereits heute absehbar, dass die organisatorischen Massnahmen einen personellen Mehraufwand mit sich bringen werden.

Aus Sicht des BSV stehen die Varianten 1 und 4 im Vordergrund: entweder investiert man in eine Optimierung (Variante 4) oder die medizinischen Massnahmen der IV werden ganz gestrichen (Variante 1). Vorgeschlagen wird, in einem nächsten Schritt bis Ende 2014 die Grundlagen zu den einzelnen Elementen der Variante 4 zu erarbeiten und das neue Konzept dann nochmals zu beurteilen.

6 Anhänge

Anhang I	Statistische Auswertungen zur Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen in der IV
Anhang II	Unterschiede zwischen IV, KV und UV
Anhang III	Gesetzliche Grundlagen
Anhang IV	Koordinationsbestimmungen IV-KV
Anhang V	Finanzielle Auswirkungen der untersuchten Massnahmen zur Variante 3

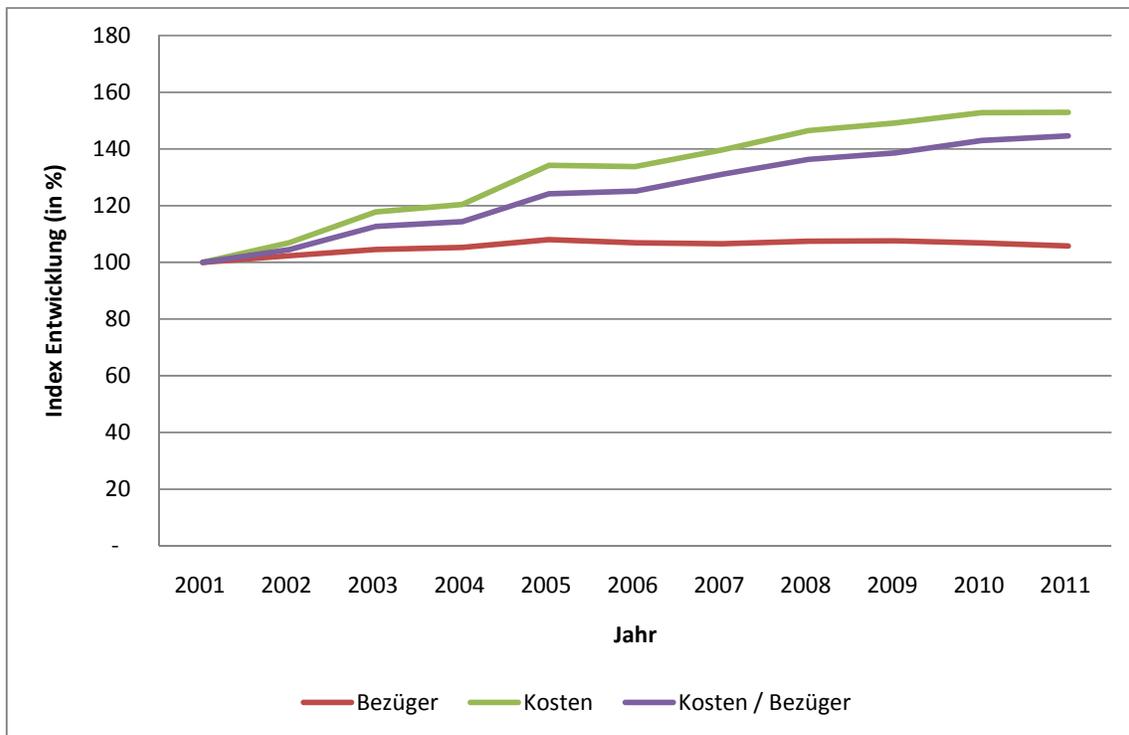
Anhang I: Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen in der IV

Die folgenden Auswertungen basieren auf den Daten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) über die verfügbaren medizinischen Massnahmen der IV-Stellen.

1 *Kostenentwicklung aller medizinischen Massnahmen*

Die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV (Art. 12, 13 und 14 IVG) stiegen in den letzten zehn Jahren von 453 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 694 Mio. Franken im Jahr 2011. Diese Kostenentwicklung von 53 Prozent ist v.a. auf die starke Zunahme der durchschnittlichen Kosten pro Bezüger um 45 Prozent, d.h. von 4'664 Franken 2001 auf 6'876 Franken 2011 zurückzuführen. Die Anzahl Bezüger nahm lediglich um 6 Prozent zu von 97'099 Bezüger 2001 auf 103'240 Bezüger im Jahr 2011. In Abbildung 1 ist die Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen zwischen 2001 bis 2010 grafisch dargestellt.

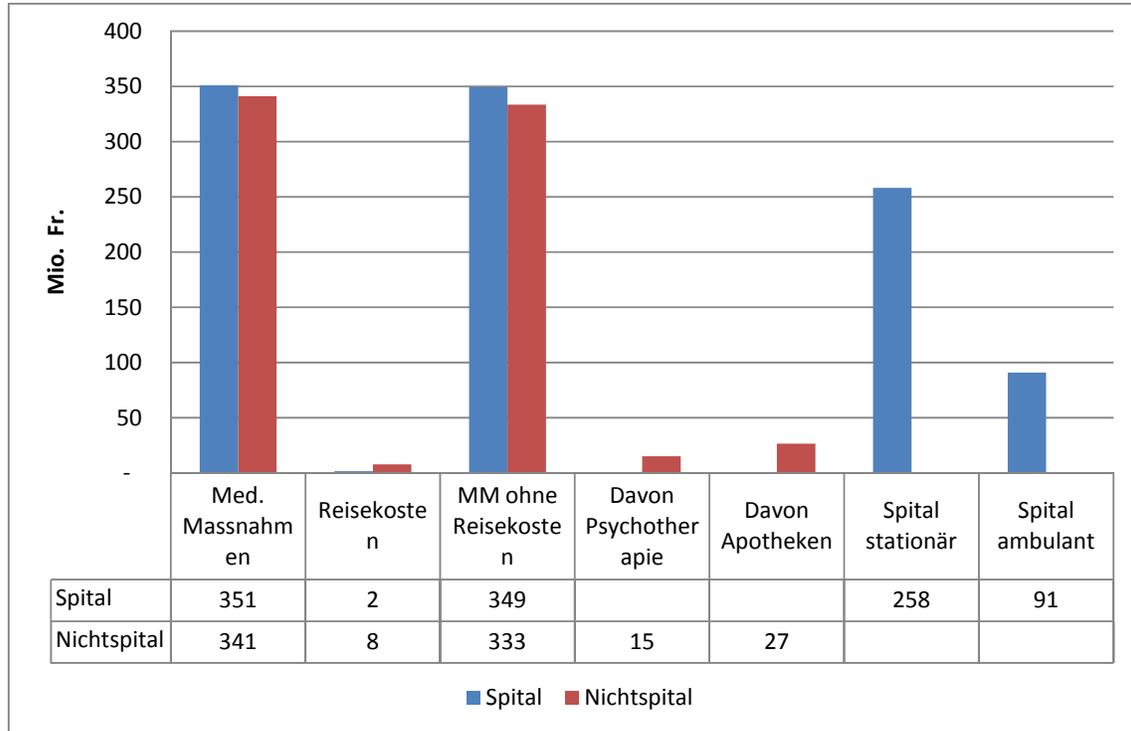
Abbildung 1: Kostenentwicklung medizinischer Massnahmen der IV 2001–2011



Die Abbildung 1 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Die Gesamtkosten für die medizinischen Massnahmen beliefen sich 2011 auf rund 694 Mio. Franken. Im Jahr 2011 betragen die Spitalkosten 351 Mio. Franken, davon waren 258 Mio. Franken stationäre und 91 Mio. Franken ambulante Spitalleistungen. Die ambulanten Nicht-Spitalleistungen betragen 341 Mio. Franken (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Verteilung der Kosten medizinischer Massnahmen der IV 2011 (Total rund 694 Mio. Franken)



Quelle: IV-Statistik (gerundete Werte), eigene Berechnungen

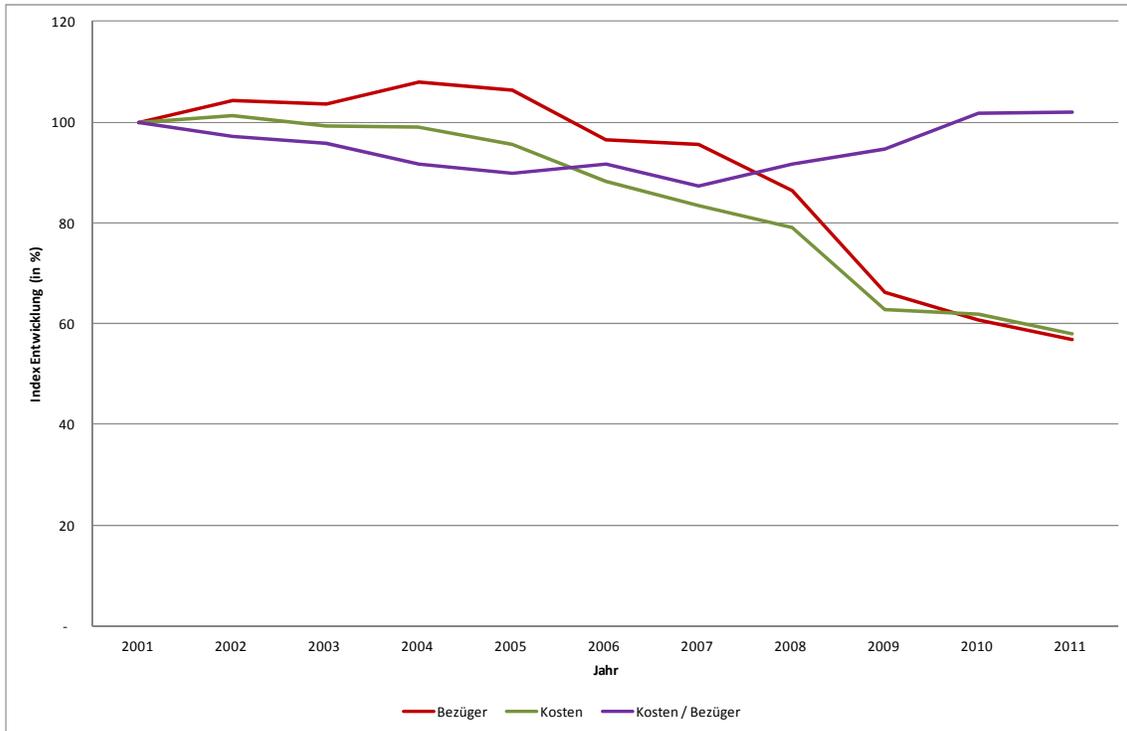
Von insgesamt 694 Mio. Franken für medizinische Massnahmen bei der IV im Jahr 2011 fallen 97 Prozent auf Geburtsgebrechen. Nur drei Prozent auf Krankheiten und noch weniger auf Unfälle (siehe Tabelle 3). Diese Verteilung ist in den letzten 10 Jahren praktisch unverändert geblieben.

Tabelle 3: Verteilung der Kosten und Bezüger nach Art des Gebrechens 2011

Gebrechensart	Anzahl Bezüger	Gesamtkosten in Mio. Franken	Durchschnittskosten pro Bezüger in Franken	Prozentualer Anteil der Bezüger	Prozentualer Anteil der Gesamtkosten
Geburtsgebrechen	99'786	671	6'725	96%	97%
Krankheiten	3'294	21	6'473	4%	3%
Unfälle	75	2	23'375	0%	0%
Total	104'967	694	6'610	100%	100%

Die Kosten der medizinischen Massnahmen zur Eingliederung (Art.12 IVG) reduzierten sich zwischen 2001 und 2011 um 58 Prozent, d.h. von 37 Mio. Franken auf 21 Mio. Franken. Dies ist im Wesentlichen auf die Abnahme der Anzahl Bezüger von 5'786 im Jahr 2001 auf 3'294 im Jahr 2011, zurückzuführen. Dagegen blieben die Kosten pro Bezüger ungefähr gleich hoch; sie betragen 2001 6'354 Franken und 2011 6'473 Franken (vgl. Abbildung 5). Der Rückgang der Kosten der Massnahmen zur Eingliederung ist u.a. auf zwei Ereignisse zurückzuführen, die beide seit 1. Januar 2008 umgesetzt werden: 1. im Rahmen des NFA wurden alle Sonderschulmassnahmen inklusive die Logopädie und die Psychomotorik, welche bisher mit dem gleichen Leistungscode wie die medizinischen Massnahmen verrechnet wurden, den Kantonen zugeteilt; 2. im Rahmen der 5. IV-Revision wurden die medizinischen Massnahmen zur Eingliederung bei über 20-jährigen Versicherten an die obligatorische KV und an die Kantone transferiert.

Abbildung 5: Entwicklung der medizinischen Massnahmen bezüglich Art. 12 IVG 2001–2011

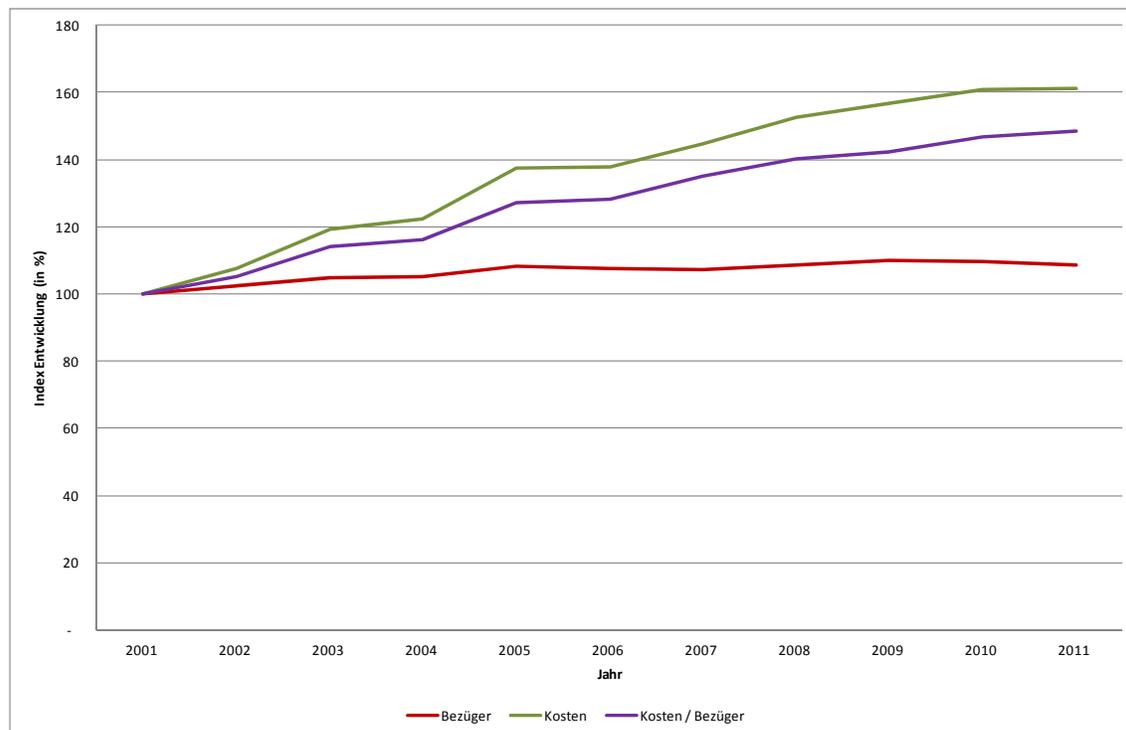


Die Abbildung 5 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen für Gebrechen gemäss Art. 12 IVG; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

2 Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen für Art. 13 IVG

Die Kosten bei den Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) stiegen zwischen 2001 und 2011 von 416 Mio. Franken auf 671 Mio. Franken, d.h. um 61 Prozent an. Die Anzahl Bezüger stieg zwischen 2001 und 2011 um 9 Prozent an, d.h. von 91'851 auf 99'786 und die Kosten pro Bezüger nahmen von 4'530 Franken auf 6'725 Franken, d.h. um 48 Prozent, zu (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Kostenentwicklung der medizinischen Massnahmen bezüglich Art. 13 IVG 2001–2011



Die Abbildung 6 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen für Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

2.1 Kostenentwicklung einzelner Geburtsgebrechen

Die Geburtsgebrechen verursachten 2011 Kosten von insgesamt 671 Mio. Franken, davon die zehn teuersten 327 Mio. Franken. Zu den für die IV drei teuersten Geburtsgebrechen zählen Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (GgV-Ziffer 494) mit 69 Mio., die angeborenen cerebralen Lähmungen (GgV-Ziffer 390) mit 63 Mio. und das frühkindliche POS resp. ADHS (GgV-Ziffer 404) mit 56 Mio. Franken (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Die zehn teuersten Geburtsgebrechen bezüglich Gesamtkosten (Angaben 2011)

<i>Von der IV anerkannte Geburtsgebrechen</i>	<i>Bezüger</i>	<i>Kosten (in Mio. Franken)</i>	<i>Kosten (in Franken) / Bezüger</i>
Neugeborene (meist Frühgeburten) mit niedrigem Geburtsgewicht von 2000 g bis 3000 g	1'815	69	37'973
Angeborene cerebrale Lähmungen	5'710	63	10'987
ADHS	13'653	56	4'087
Angeborene Herz- und Gefässmissbildungen	7'472	46	6'135
Angeborene Kleinheit des Unterkiefers	12'923	28	2'200
Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion (Teile des Zwischenhirns)	1'344	28	20'951
Angeborene Epilepsie	4'370	25	5'611
Angeborenes Vorstehen des Unterkiefers	7'170	21	2'925
Schwere respiratorische Adaptationsstörungen	1'470	18	12'054
Angeborene Hämophilien und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren	316	18	56'044
150 weitere von der IV anerkannte Geburtsgebrechen	43'543	299	6'870
Alle Geburtsgebrechen (total 160)	99'786	671	6'725

Quelle: IV-Statistiken

Auf der Tabelle 5 sind die zehn teuersten Geburtsgebrechen bezüglich Kosten pro Bezüger aufgelistet. Dazu zählen u.a. angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glykoprotein-Stoffwechsels, die u.a. zu Störungen des Knochenwachstums mit Befall anderer Organe führen und geistiger Behinderung führen, mit durchschnittlichen Kosten von 155'730 Franken pro Bezüger bei 44 Bezüger im Jahr 2011. Ebenso fällt auch das 2011 nur bei sieben Bezüger diagnostizierte Mikity-Wilson-Syndrom darunter, das mit verschiedenen Krankheitszeichen aufgrund von Höhlenbildungen in den Lungen einhergeht; es verursachte im Durchschnitt 146'884 Franken pro Bezüger. Auch die angeborenen Hämophilien und anderen Defekte der Blutgerinnungsfaktoren mit durchschnittlichen Kosten von 56'044 pro Bezüger bei 316 Bezüger im Jahr 2011 und die Leukämien bei Neugeborenen mit durchschnittlichen Kosten von 53'489 Franken pro Bezüger bei nur 21 Bezüger gehören dazu.

Tabelle 5: Die zehn teuersten Geburtsgebrechen bezüglich Kosten pro Bezüger (Angaben 2011)

<i>Von der IV anerkannte Geburtsgebrechen</i>	<i>Anzahl Bezüger</i>	<i>Totale Kosten (in Mio. Franken)</i>	<i>Kosten (in Franken) / Bezüger</i>
Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glykoprotein-Stoffwechsels (d.h. Störungen des Knochenwachstums mit Befall anderer Organe, mentale Behinderung)	44	7	155'730
Mikity-Wilson-Syndrom (d.h. Komplex von Krankheitszeichen infolge Höhlenbildungen in der Lunge)	7	1	146'864
Angeborene Hämophilien und andere Defekte der Gerinnungsfaktoren	316	18	56'044
Leukämie des Neugeborenen	21	1	53'489
Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 g	1'815	69	37'973
Ab Geburt bestehende Suchtmittelabhängigkeit, sofern eine Intensivbehandlung begonnen werden muss	79	3	33'109
Zentrale Hypoventilationsstörungen des Neugeborenen	34	1	31'287
Angeborene Störungen der Funktion der Bauchspeicheldrüse (Mucoviscidose und primäre Schwäche der Funktion der Bauchspeicheldrüse)	522	16	30'148
Angeborene Tumoren und Missbildungen der Hypophyse (wie Kraniopharyngom, Rathkesche Zyste und persistierende Rathkesche Tasche)	61	2	28'957
Schwere wandzerstörende Darmentzündung bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g oder bei Neugeborenen, sofern sie innerhalb von vier Wochen nach der Geburt manifest wird	54	2	28'810
150 weitere von der IV anerkannte Geburtsgebrechen	96'833	551	5'690
Alle Geburtsgebrechen (total 160)	99'786	671	6'725

Quelle: IV-Statistiken

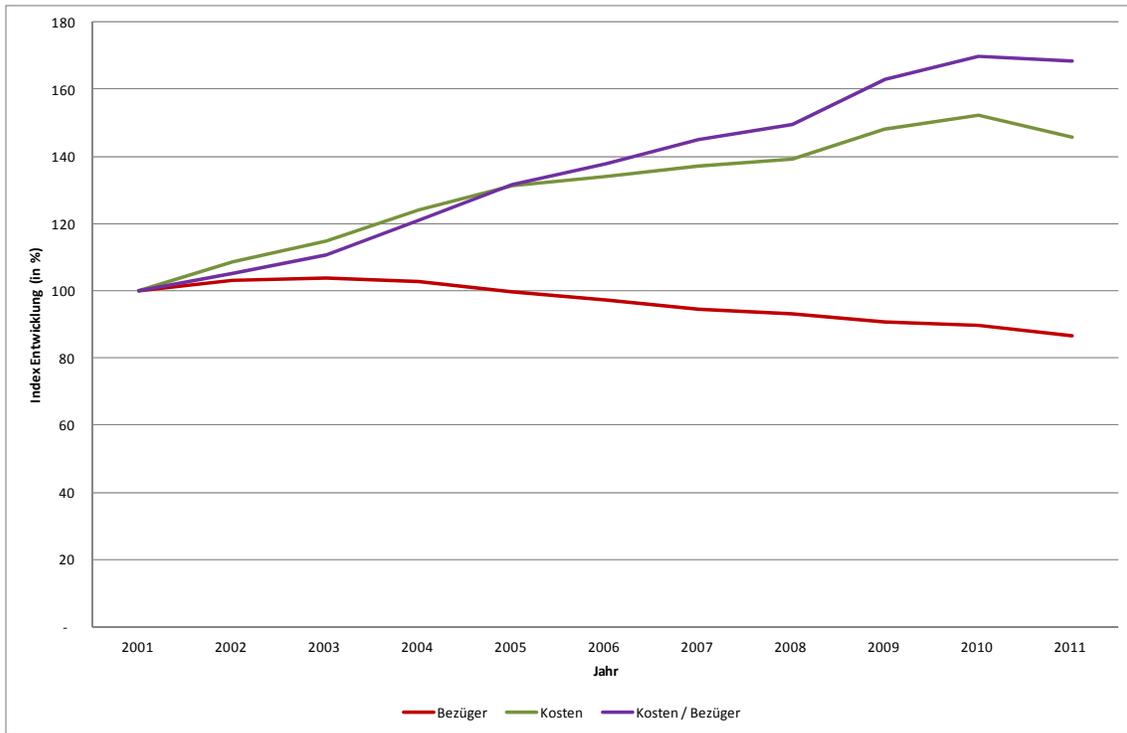
Geburtsgebrechen mit starkem Anstieg der Kosten pro Bezüger 2001–2011

Ein starker Anstieg der Kosten pro Bezüger zwischen 2001 und 2011 kann v.a. bei Versicherten mit angeborenen hirnbedingten (cerebralen) Lähmungen, die mit Krämpfen, Fehlbewegungen und/oder Koordinationsstörungen einhergehen (GgV-Ziffer 390) festgestellt werden (plus 68 Prozent) sowie bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zum Erreichen eines Gewichtes von 3000 g (GgV-Ziffer 494) mit einer Zunahme von 123 Prozent. Die Gründe für die Kostenentwicklung dieser Geburtsgebrechen werden nachfolgend beschrieben:

Entwicklung bei Versicherten mit Cerebralparese (GgV-Ziffer 390)

Bei der Cerebralparese stiegen sowohl die Gesamtkosten von 43 Mio. Franken auf 63 Mio. Franken als auch die Kosten pro Bezüger von rund 6'524 Franken auf 10'987 Franken für medizinische Massnahmen zwischen 2001 und 2011 an. Hingegen sank die Anzahl Bezüger von 6'599 auf 5'710 leicht ab (siehe Abbildung 7 und Tabelle 6). Der Grund hierfür liegt am ehesten bei der verbesserten Betreuung der Neugeborenen, v.a. bei kleinen Frühgeborenen. Es ist erfreulich, dass trotz Zunahme der Kinder unter 2000 g (mehrheitlich Frühgeburten) die Rate der Fälle mit Cerebralparese nicht angestiegen ist. Der Anstieg der Kosten ist auf die aufwändigere Betreuung resp. Behandlung dieser Kinder zurückzuführen. Ob diese Kinder trotz medizinischer Massnahmen eingegliedert werden können, hängt von der Schwere der Erkrankung ab.

Abbildung 7: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV bei den angeborenen cerebralen Lähmungen (GgV-Ziffer 390) 2001–2011



Die Abbildung 7 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen bei den angeborenen cerebralen Lähmungen; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Tabelle 6: Kostenentwicklung medizinischer Massnahmen bei Versicherten mit angeborener cerebraler Lähmung 2001–2011 (absolute Zahlen)

	390	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bezüger		6'599	6'803	6'847	6'772	6'578	6'414	6'234	6'138	5'993	5'914	5'710
Kosten		43	47	49	53	57	58	59	60	64	66	63
Kosten / Bezüger		6'524	6'869	7'223	7'898	8'592	9'002	9'465	9'759	10'631	11'079	10'987

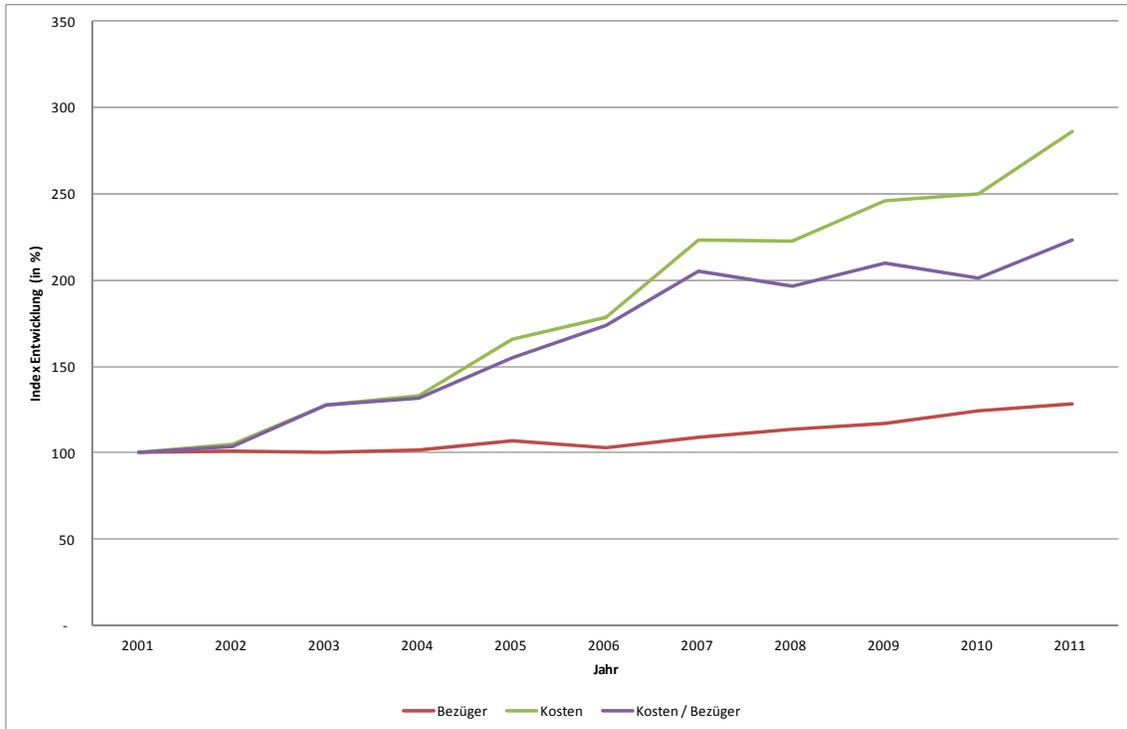
Entwicklung bei Neugeborenen mit Geburtsgewicht unter 2000 g (GgV-Ziffer 494):

Bei Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht unter 2000 g bis zu einem Gewicht von 3000 g stiegen sowohl die Gesamtkosten von 24 Mio. Franken auf 69 Mio. Franken als auch die Kosten pro Bezüger von 17'009 Franken auf 37'973 Franken für medizinische Massnahmen zwischen 2001 und 2011 als auch die Anzahl der Bezüger von 1'416 auf 1'815 an (siehe Abbildung 8 und Tabelle 7).

Die Lebensfähigkeit von Frühgeburten beginnt in der 23. Schwangerschaftswoche, wenn die Neugeborenen ein Geburtsgewicht von etwa 500 g haben. In der Schweiz liegt ab der vollendeten 24. Woche die Überlebenschance bei 50:50. In den darauffolgenden Lebenswochen erhöht sich die Überlebenschance rapide, in der 28. Woche liegt sie bereits bei über 90 Prozent. Durch die verbesserte perinatale Versorgung von kranken Neugeborenen ist heute auch die Säuglingssterblichkeit in Mitteleuropa deutlich niedriger. Gleichzeitig mit dem Anstieg der Anzahl Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g (häufig Frühgeburten) kam es in den letzten Jahren auch zu einem Anstieg der Kosten pro behandeltem Kind (vgl. Abbildung 8). Der Grund dafür liegt darin, dass mit zunehmendem Alter der gebärenden Frauen das Risiko für eine Frühgeburt steigt. Gleichzeitig mit dem zunehmenden Alter der Empfängnis nimmt auch die Reproduktionsfähigkeit der Frau ab, dadurch werden vermehrt reproduktionsmedizinische Massnahmen von den gebärfähigen Frauen verlangt, was wiederum zu einer Zunahme der Rate an Mehrlingen und Frühgebornen in der Schweiz führt. Diese Frühgeburten verursachen mehr Kosten, weil sie länger hospitalisiert werden müssen und aufwändigere medizini-

sche Betreuung zum Überleben benötigen. Die möglichen Folgen der Frühgeburtlichkeit sind Störungen in der neurologischen Entwicklung, in der Entwicklung von Seh- und Hörentwicklung sowie bei Entwicklung der Lungen und des Magendarmtraktes. Diese Folgekosten für medizinische Massnahmen werden im Rahmen von anderen Geburtsgebrechen (GgV-Ziffern 303, 347, 390, 395, 427, 435) von der IV bis zum vollendeten 20. Lebensjahr ebenfalls übernommen. Epidemiologisch ist es in den letzten Jahren aber nicht zu einer Zunahme der Rate von Fällen mit Cerebralparese durch die vermehrten kleinen Frühgeborenen gekommen, weil durch den medizinischen Fortschritt die Erfolge der Betreuung dieser Kinder zu geringeren Folgeschäden geführt hat, was die Folgen der höheren Anzahl Frühgeborenen auf die Häufigkeit von Fällen mit Cerebralparese wettgemacht hat.

Abbildung 8: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2'000 g bis zu einem Gewicht von 3'000 g (GgV-Ziffer 494) 2001–2011



Die Abbildung 8 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen bei Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht unter 2'000 g bis zu einem Gewicht von 3'000 g; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Tabelle 7: Kostenentwicklung medizinischer Massnahmen für Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht unter 2000g bis zu einem Gewicht von 3000 g 2001– 2011 (absolute Zahlen)

	494	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bezüger		1'416	1'433	1'416	1'434	1'515	1'458	1'541	1'605	1'660	1'760	1'815
Kosten		24	25	31	32	40	43	54	54	59	60	69
Kosten / Bezüger		17'009	17'618	21'667	22'377	26'330	29'516	34'872	33'429	35'649	34'214	37'973

Geburtsgebrechen mit starkem Anstieg der Anzahl Bezüger

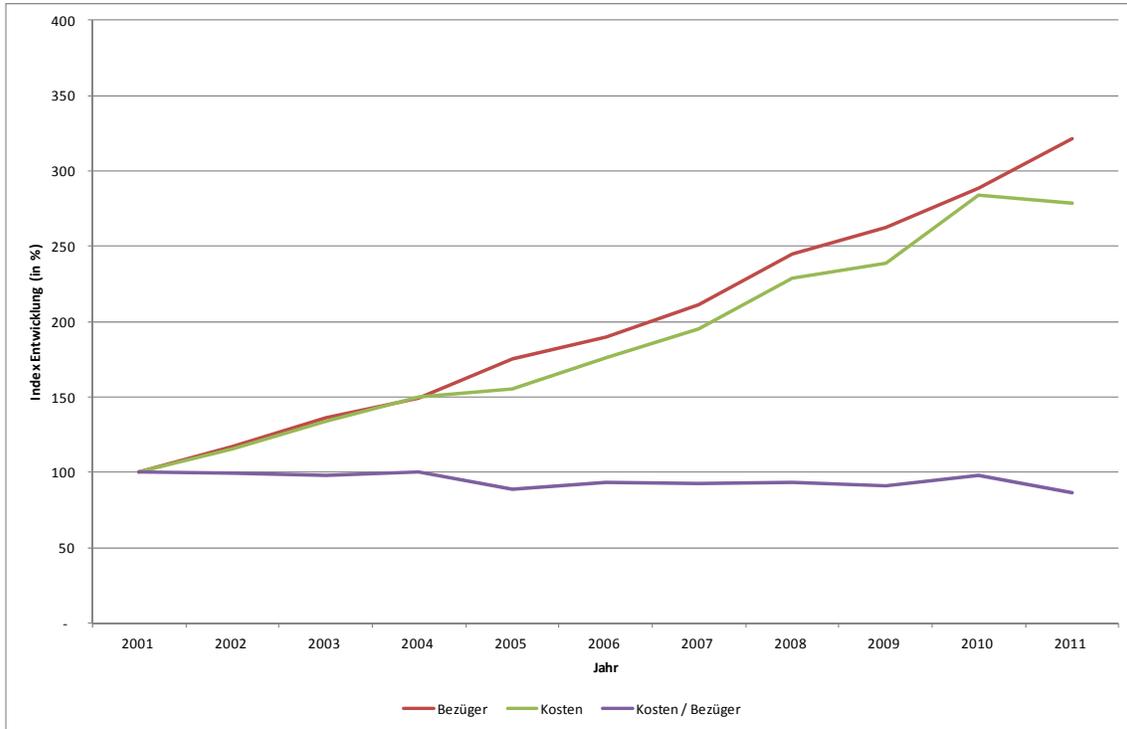
Der starke Anstieg der Anzahl Bezüger zwischen 2001 und 2011 ist v.a. bei den Autismus-Spektrum-Störungen, frühkindlichem POS/ADHS und angeborenen Störungen der hypothalamohypophysären Funktionsstörungen zu beobachten.

Entwicklung bei Versicherten mit Autismus und frühkindlichen primären Psychosen

Bei versicherten Personen mit Autismus und frühkindlichen primären Psychosen stiegen zwischen 2001 und 2011 sowohl die Gesamtkosten von 7 auf 19 Mio. Franken als auch die Anzahl Bezüger von 789 auf 2'536, also um das Dreifache, an. Dagegen sanken die Kosten pro Bezüger in diesen Jahren mit 8'821 und 7'637 Franken leicht (siehe Abbildung 9 und Tabelle 8).

Aus dem ehemaligen Geburtsgebrechen Autismus und frühkindliche Psychosen (GgV-Ziffer 401) wurden ab 1. Januar 2010 in Zusammenarbeit mit Fachexperten zwei neue Geburtsgebrechen formuliert: die Autismus-Spektrum-Störungen (GgV-Ziffer 405) und die frühkindlichen primären Psychosen (GgV-Ziffer 406), sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Die Anzahl Bezüger nimmt beim Autismus aufgrund verbesserter Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten zu. Ebenfalls kommt aktuell wegen ungenügender Differenzierung innerhalb der Diagnose „Autismus“ hinzu, dass medizinische Massnahmen bei Kindern, die eigentlich nicht an einem frühkindlichen Autismus, sondern an einer anderen Autismusform leiden, das Geburtsgebrechen unter GgV-Ziffer 405 trotzdem zugesprochen werden.

Abbildung 9: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV bei Autismus und frühkindlichen primären Psychosen (GgV-Ziffern 401, 405, 406) 2001–2011



Die Abbildung 9 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen bei Autismus und frühkindlichen Psychosen; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Tabelle 8: Kostenentwicklung medizinischer Massnahmen für Versicherte mit Autismus und frühkindlichen primären Psychosen 2001–2011 (absolute Zahlen)

401,405,406	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bezüger	789	922	1'076	1'180	1'383	1'495	1'667	1'933	2'073	2'279	2'536
Kosten	7	8	9	10	11	12	14	16	17	20	19
Kosten / Bezüger	8'821	8'753	8'682	8'845	7'806	8'213	8'147	8'249	8'019	8'671	7'637

Kostenentwicklung bei Versicherten mit einem frühkindlichen „POS“ und ADHS

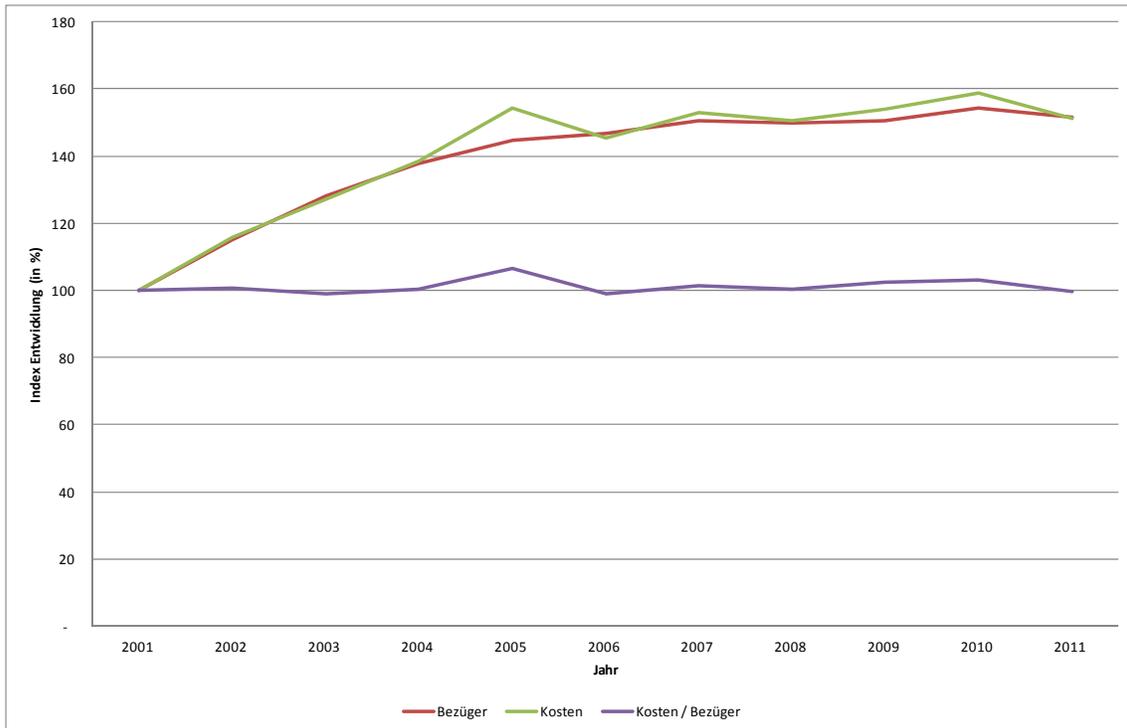
Der starke Anstieg der Bezüger von 8'998 im Jahre 2001 auf 13'653 im Jahr 2011 ist v.a. auf folgende Fakten zurückzuführen (siehe Abbildung 10 und Tabelle 9):

- Die Diagnose „frühkindliches POS“ gibt es in der (inter)nationalen medizinischen Fachwelt nicht, und wird nur bei Schweizer Sozialversicherern verwendet. Unter der Diagnose „frühkindliches POS“ resp. „ADHS“ verstehen wir heute unterschiedliche Aufmerksamkeitsstörungen, die jedoch nicht alle Krankheitswert haben. Durch und wegen teilweiser erworbenen Fehlentwicklung und zunehmenden Anforderungen in der Schule, bei der Lehrstellensuche und im späteren Arbeitsmarkt besteht ein Druck, bei Kindern mit ungenügendem Lernverhalten eine akzeptierte und evtl.

sogar behandelbare Erkrankung zu diagnostizieren. So werden heute bei der IV auch Kinder unter einem frühkindlichen POS resp. ADHS (GgV-Ziffer 404) angemeldet, die kein nachweisbares Geburtsgebrechen haben. Dieses Phänomen zeigt sich auch in einem deutlichen Nordost- Südwestschweiz-Gefälle. Dies liegt aber darin, dass in der Westschweiz praktisch keine „frühkindlichen POS“-Fälle unter der GgV-Ziffer 404 diagnostiziert werden, sondern vielmehr unter der GgV-Ziffer 406 (d.h. frühkindliche primäre Psychosen). Zudem werden in der Romandie eher langjährige Psychoanalysen durchgeführt, in der deutschen Schweiz Gesprächs- und medikamentöse Therapien.

- Hinzukommt, dass die bei diesen Kindern üblicherweise durchgeführten medizinischen Massnahmen, wie Psycho- und Ergotherapie im Einzelfall grosszügiger zugesprochen und weniger häufig kontrolliert werden als in der KV.

Abbildung 10: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV bei frühkindlichem „POS“ und ADHS (GgV-Ziffer 404) 2001–2011



Die Abbildung 10 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen bei frühkindlichem „POS“ resp. ADHS; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Tabelle 9: Kostenentwicklung medizinischer Massnahmen für Versicherte mit frühkindlichem POS resp. ADHS 2001–2011 (absolute Zahlen)

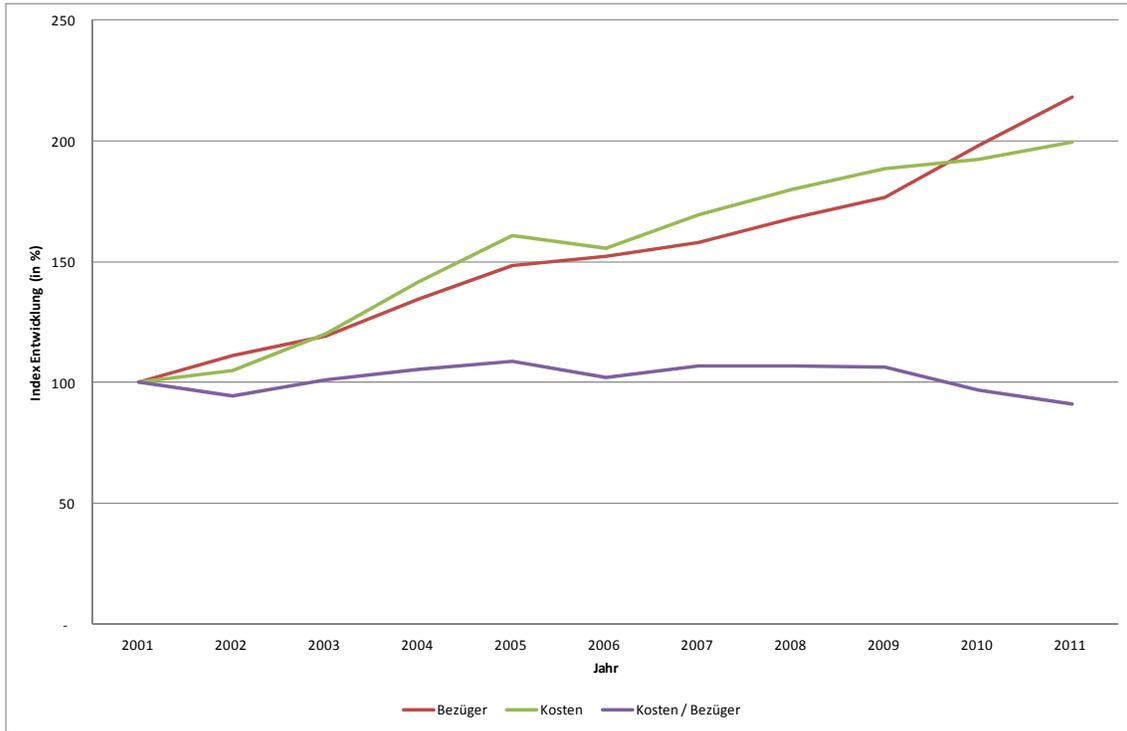
404	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bezüger	8'998	10'371	11'539	12'410	13'029	13'203	13'551	13'472	13'548	13'882	13'653
Kosten	37	43	47	51	57	54	56	55	57	59	56
Kosten / Bezüger	4'099	4'124	4'062	4'113	4'373	4'064	4'161	4'119	4'196	4'223	4'087

Entwicklung bei Versicherten mit angeborenen Störungen der hypothalamohypophysären Funktionsstörungen:

Sowohl die Anzahl Bezüger – von 616 auf 1'344 – als auch die Kosten – von rund 14 Mio. auf rund 28 Mio. Franken – haben sich in der Zeitspanne 2001 bis 2011 verdoppelt. hingegen sanken die Kosten pro Bezüger mit rund 22'934 (2001) und rund 20'951 Franken (2011) leicht (siehe Abbildung 11 und Tabelle 10). Hypothalamohypophysäre Störungen sind Störungen der Zwischenhirns und der Hirnanhangsdrüse, die mit Kleinwuchs und Entwicklungsstörungen der Geschlechtsorgane und einem

Diabetes insipidus wegen Hormonmangel einhergehen. In der heutigen Gesellschaft ist die Empfindlichkeit viel grösser als früher bezüglich Klein- und Grosswuchs, dementsprechend werden vielmehr Fälle zur spezialärztlichen Abklärung überwiesen als noch vor zehn Jahren. Damit werden mehr Diagnosen gestellt, wobei die meisten Störungen nicht permanent vorhanden sind und zu keinen Einschränkungen bezüglich der Eingliederungsfähigkeit führen.

Abbildung 11: Entwicklung der medizinischen Massnahmen der IV bei angeborenen Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion (GgV-Ziffer 462) 2001–2011



Die Abbildung 11 zeigt den Index der Entwicklung der Kosten, der Bezüger sowie der Kosten pro Bezüger der medizinischen Massnahmen bei angeborenen Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion; 2001 beträgt der Index 100 Prozent. Die Grafik ist nicht um die Teuerung bereinigt.

Tabelle 10: Kostenentwicklung bei Versicherten mit angeborenen Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion 2001–2011 (absolute Zahlen)

462	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bezüger	616	684	734	828	913	939	974	1'035	1'089	1'221	1'344
Kosten	14	15	17	20	23	22	24	25	27	27	28
Kosten / Bezüger	22'934	21'697	23'173	24'226	24'922	23'388	24'560	24'558	24'461	22'262	20'951

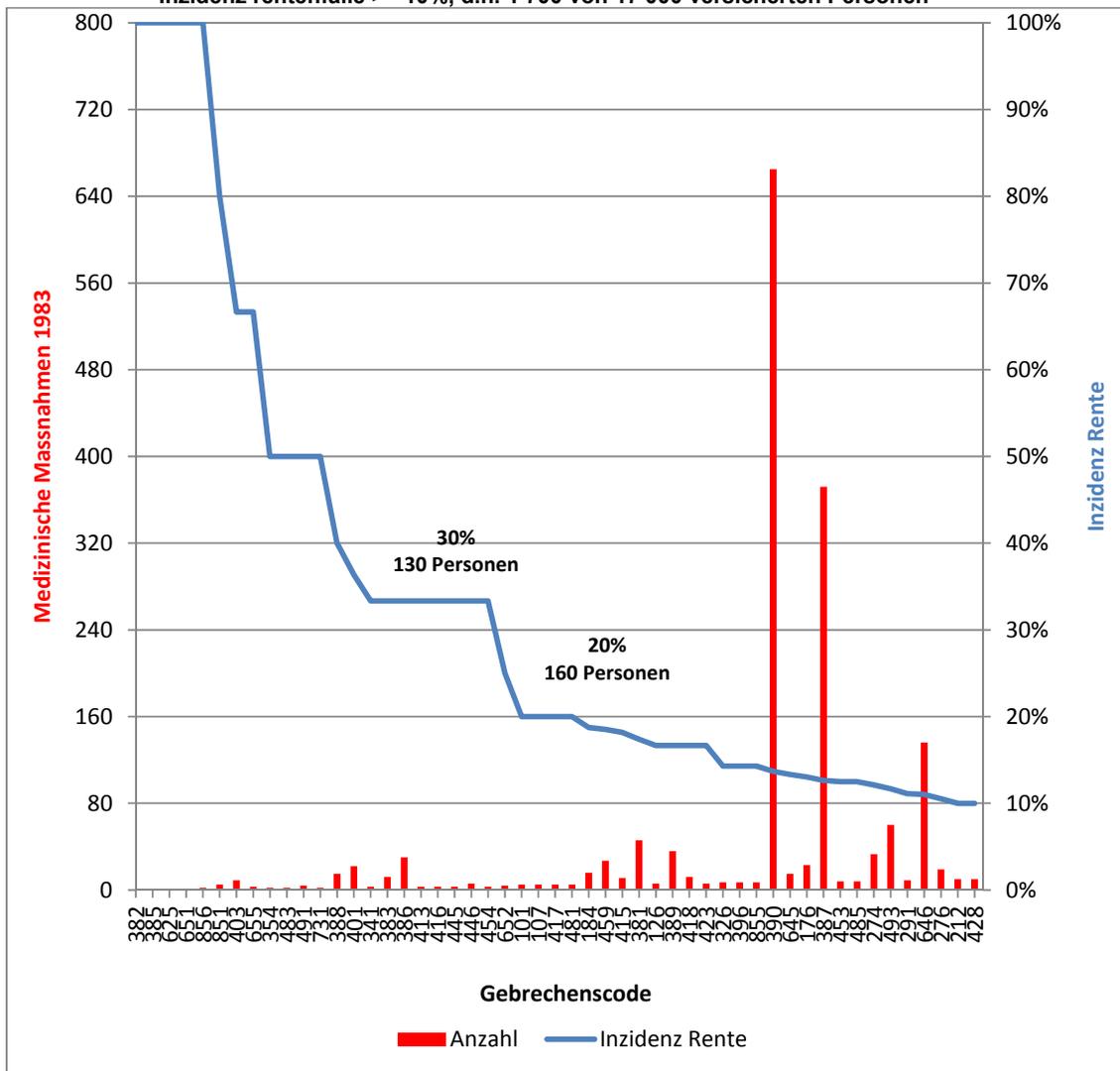
2.2 Inzidenz der Bezüger von medizinischen Massnahmen 1983 mit IV-Renten

Es wurde untersucht, welche versicherten Personen wegen eines Geburtsgebrechens als Minderjährige trotz medizinischer Massnahmen aufgrund der Schwere ihres Gebrechens nicht eingegliedert werden konnten und später eine Rente erhielten. Von den 17'000 Versicherten, die 1983 von der IV medizinische Massnahmen erhielten, wurden 10 Prozent, d.h. 1'700 Fälle, im Verlaufe der Jahre berentet (Abbildung 12).

Am häufigsten berentet, d.h. über 80 Prozent aller Fälle, wurden Versicherte mit einer Cerebralparese (GgV-Ziffer 390), gefolgt von Versicherten mit einer angeborenen Epilepsie (GgV-Ziffer 387) in fast 50 Prozent und in etwa 20 Prozent von Versicherten, die unter dem Gebrechenscode 646 laufen (d.h. mit psychogenen oder milieureaktiven Störungen, Neurosen, Borderline Fälle oder einfachen psychischen Fehlentwicklungen).

Nicht berentet wurden Geburtsgebrechen, welche nur eine einmalige, kostengünstige Operation zur Heilung des Leidens benötigten, die sog. geringfügigen Geburtsgebrechen. Darunter zählen z.B. die angeborenen Hüftmissbildungen (GgV-Ziffern 170 Coxa vara oder 171 Coxa antetorta) oder Leistenhernien (GgV-Ziffer 303) oder der Hodenhochstand (GgV-Ziffer 355) oder die Missbildungen im Bereiche des Kieferwinkels oder Kiefer-Lippen-Gaumenspalten (GgV-Ziffern 201-210 sowie die Frühgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht (GgV-Ziffer 494) bezogen später auch keine Rente. Diese Geburtsgebrechen treten deshalb auf der Abbildung 12 nicht in Erscheinung.

Abbildung 12: Medizinische Massnahmen 1983 und Berentungen:
Inzidenz rentenfälle >= 10%, d.h. 1'700 von 17'000 versicherten Personen



Anhang II: Unterschiede zwischen IV und KV

Die Leistungen der beiden Sozialversicherungszweige IV und KV sind bezüglich ihrer Art kongruent, hingegen nicht kongruent in Bezug auf den Zugang zu den Leistungen und der Finanzierung. Betroffen sind davon Kinder, die bis zum vollendeten 20. Lebensjahr medizinische Massnahmen von der IV beziehen und deren medizinische Behandlung auch nach Vollendung des 20. Lebensjahr weitergeführt wird. Nachfolgend wird auf einige relevante Unterschiede bezüglich Leistungsumfang und Medizinaltarife resp. Kostenvergütung zwischen den drei Sozialversicherungszweigen näher eingegangen.

1 Unterschiede bezüglich dem Umfang von Leistungen

Unterschiede zwischen IV und KV bezüglich des Leistungsumfangs bestehen vor allem bei der Psycho-, Ergo- und Physiotherapie.

1.1 Psychotherapie

- Die IV übernimmt die Psychotherapie, wenn die psychischen Störungen Symptome oder Folgen eines Geburtsgebrechens sind (vgl. Randziffer (Rz) 11 KSME) oder bei erworbenen psychischen Leiden (vgl. Rz 76 und 645–647/845–847.3ff. KSME). Die Psychotherapie wird auf ärztliche Indikation im Rahmen einer Kostengutsprache für maximal zwei Jahre verfügt. Anträge zur Verlängerung der Psychotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf der Therapie erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- Ein Unterschied zwischen den beiden Versicherungen liegt darin, dass die Behandlung von Minderjährigen durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten und Physiotherapeutinnen von der IV übernommen werden und von der KV einzig dann, wenn es sich dabei um eine sogenannte delegierte Psychotherapie handelt, die bei einem Arzt oder einer Ärztin angestellt sind und die Therapien unter deren Aufsicht und Verantwortlichkeit in der Arztpraxis durchführen.
- Ferner gewährt die IV bei Minderjährigen im Einzelfall Psychotherapien, wenn sie das Eingliederungspotenzial der versicherten Personen unterstützen, grosszügiger als die KV.
- Die KV übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen (Art. 3 KLV). Soll die Psychotherapie zu Lasten der KV fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt rechtzeitig einen Bericht mit folgendem Inhalt abzuliefern: Art der Erkrankung; Art, Setting, Verlauf und Ergebnisse der bisherigen Behandlung; einen Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie unter Angabe von Ziel, Zweck, Setting und voraussichtlicher Dauer.

1.2 Physiotherapie

- Die Physiotherapie als medizinische Massnahme zur Eingliederung gemäss Art. 12 IVG ist nicht notwendigerweise eine medizinische Eingliederungsmassnahme. Sie wird erst zu einer solchen, wenn sie sich deutlich vom eigentlichen Behandlungsplan des primären Leidens abhebt und wenn sie sich gegen relativ stabilisierte krankhafte Zustände und unmittelbar auf die berufliche Eingliederung richtet (vgl. Rz 60, 65 und 1004 ff. KSME).
- Ferner gewährt die IV bei Minderjährigen im Einzelfall Physiotherapien wenn sie das Eingliederungspotenzial der versicherten Personen unterstützen, grosszügiger als die KV.
- Die IV verfügt eine Physiotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen zur Eingliederung wie auch für Geburtsgebrechen für maximal zwei Jahre. Anträge zur Verlängerung der Physiotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- Die OKP übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss (Art. 5 Abs. 2 KLV). Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich (Art. 5 Abs. 3 KLV). Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen

entspricht, zu Lasten der KV fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der KV fortgesetzt werden kann (Art. 5 Abs. 4 KLV). Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 13 IVG haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Abs. 4 (Art. 5 Abs. 5 KLV)

1.3 Ergotherapie

- Bei Körperbehinderten kann die Ergotherapie eine notwendige Ergänzung der Physiotherapie wie auch eine eigenständige medizinische Eingliederungsmassnahme sein. Gemäss Art. 12 IVG geht sie zulasten der IV, wenn sie weder sachlich noch zeitlich zur Behandlung des Leidens an sich gehört. Die Ergotherapie kann bei Geburtsgebrechen unter Art. 13 IVG für zwei Jahre verfügt werden. Anträge zur Verlängerung der Ergotherapie werden bei der IV gleich behandelt wie für die Psycho- und Physiotherapie (vgl. Rz 1014–1017 KSME).
- Ferner gewährt die IV bei Minderjährigen im Einzelfall Ergotherapien wenn sie das Eingliederungspotenzial der versicherten Personen unterstützen, grosszügiger als die KV.
- Die Leistungspflicht der KV ist eingeschränkt auf Therapien, die „... bei somatischen Erkrankungen ... zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen“, sowie solche, die im Rahmen von psychiatrischen Behandlungen durchgeführt werden. Es existiert eine Gerichtspraxis zur Leistungspflicht bei Entwicklungsstörungen (ICD-10: F82) bezüglich der Frage, wann eine Erkrankung mit Krankheitswert vorliegt. Die KV übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss (Art. 6 Abs. 2 KLV). Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich (Art. 6 Abs. 3 KLV). Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der KV fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Ergotherapie zu Lasten der KV fortgesetzt werden kann (Art. 6 Abs. 4 KLV). Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Art. 13 IVG haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Ergotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Abs. 4 (Art. 6 Abs. 5 KLV).

1.4 Zahnarztleistungen, Kieferchirurgie, Kieferorthopädie

Die IV übernimmt zahnärztliche Leistungen sowie kieferorthopädische (zephalometrische) Abklärungen (der GgV-Ziffern 201 bis 208) zur Behandlung der Geburtsgebrechen gemäss Art. 3 ATSG und Art 13 IVG bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.

Die KV übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Art. 19a Abs. 2 KLV bedingt sind, wenn die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr oder vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG, nicht aber bei der IV versicherten Person notwendig sind.

Die KV übernimmt Kosten für zahnärztliche Behandlungen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kauystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist sowie zur Behandlung einer schweren Allgemeinbehandlung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 KVG und Art. 17 und 18 KLV).

1.5 Diätmittel

Bei Versicherten, die an einem Geburtsgebrechen, speziell an einer Stoffwechselstörung, leiden und deshalb auf ein Diätmittel mit Arzneimittelcharakter angewiesen sind, übernimmt die IV die auf der Diätmittelliste aufgeführten Mittel (vgl. Anhang 2, KSME) Die Mittel müssen nachweisbar medizinisch notwendig und ärztlich verordnet sein. Diese Verordnung muss die Dosierung der Diätmittel und die Dauer der Verabreichung beinhalten. Sie ist periodisch zu überprüfen. Bei Gliadinintoleranz werden

bei minderjährigen Versicherten an die Kosten für ärztlich verordnete und überwachte Spezialdiät jährliche Pauschalbeiträge ausgerichtet. Die IV übernimmt auch Zuschüsse an Spezialnahrung bei Unverträglichkeiten (z.B. einer Zöliakie).

Über die KV werden grundsätzlich nur Arzneimittel vergütet, die nach Art. 24ff. KVG i.V.m. Art. 52 Abs. 1 Bst. b in der Spezialitätenliste aufgeführt werden.

Lebensmittel sind grundsätzlich nicht als Arzneimittel zu betrachten (vgl. Art. 4 Abs. 1 lit. a HMG). Anders verhält es sich, wenn die Ernährung nicht mit den im Haushalt verfügbaren Lebensmitteln zusammengestellt werden kann, wie beispielsweise bei Patienten mit einer angeborenen Stoffwechselkrankheit wie der Phenylketonurie. Eine solche Diät ist als Arzneimittel zu qualifizieren (Eugster in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV), Rz. 588 i.V.m. Rz. 617). Somit können diätetische Speziallebensmittel unter der Voraussetzung, dass sie lebensnotwendig sind, keine alternative Behandlungsmöglichkeit besteht und die Nichtbehandlung zum Tod führt, als therapeutische Massnahme eingestuft werden. Eine weitere Voraussetzung ist, dass diese Lebensmittel als diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (FSMP) notifiziert sind (sog. FSMP-Liste).

1.6 Kinderlager

Die IV beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Massnahmen in den folgenden Kinderlagern („Intensivtherapiewochen“): CF, Dialyse, CIMT (Ergotherapie), Hämophilie, Myelomeningocele, Skoliose, welche die KV nicht übernimmt.

1.7 Reisekosten

Die IV übernimmt Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Durchführung von medizinischen Eingliederungsmassnahmen anfallen (Art. 90 IVV). Der Anspruch auf Reisekosten ist heute in Art. 51 IVG sehr allgemein für alle Eingliederungsmassnahmen geregelt. Dies ist ein wesentlicher Grund für die immer grosszügigere Auslegung dieser Bestimmung. Nicht zuletzt aufgrund des Umstandes, dass es sich bei den Reisekosten um eine akzessorische Leistung in Abhängigkeit von Eingliederungsmassnahmen handelt, hat das Bundesgericht im Laufe der Jahre eine sehr grosszügige Praxis in der Zusprache von Reisekosten entwickelt. Dies hat sich auch auf die Praxis der Zusprache von Reisekosten der IV-Stellen ausgewirkt. Mit der präziseren und auf die jeweiligen Eingliederungsmassnahmen angepassten Umschreibung einer zielgerichteten Übernahme von Reisekosten sollen diese im Rahmen der IV-Revision 6b wieder auf die vom Gesetzgeber ursprünglich vorgesehenen notwendigen und behinderungsbedingten Kosten begrenzt werden. Zudem soll bei den medizinischen Massnahmen eine Angleichung an die Krankenversicherung vorgenommen werden, dies nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die IV im Bereich der medizinischen Massnahmen im Prinzip ein anderer Kostenträger für im Vergleich zur KV identische Leistungen der KV ist (vgl. Kapitel 1.3.4 in der Botschaft zur IV-Revision 6b). Damit bei den medizinischen Massnahmen eine Annäherung an die Regelung der KV erfolgen kann, werden im Rahmen der IV-Revision 6b folgende gesetzgeberische Anpassungen im Parlament diskutiert: Streichung der allgemeinen Regelung der Reisekosten nach Art. 51 IVG und im Gegenzug neue Regelung bei den einzelnen Massnahmen. „Für die medizinischen Massnahmen soll neu das Rückerstattungsprinzip, wie es in der KV gilt, eingeführt werden. Das bedeutet, dass die Versicherten die im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen entstandenen Reisekosten selber bezahlen und erst nach deren Geltendmachung von der IV-Stelle zurückerstattet bekommen (*Tiers garant* anstelle *Tiers payant*). Zudem sollen nur noch Mehrkosten für Reisen bzw. für die Wahl der entsprechenden Transportmittel vergütet werden, die aufgrund der Behinderung der Versicherten entstehen.“ Mit dieser Regelung gleicht sich die IV sowohl im Umfang wie auch in der Art der Übernahme der Reisekosten der OKP an.

Demgegenüber übernimmt die OKP einzig einen Beitrag an die Transportkosten. Es werden 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer vergütet, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt, wobei pro Kalenderjahr maximal ein Betrag von 500.00 Franken übernommen (Art. 26 KLV).

2 Unterschiede in den Tarifen und der Vergütung

2.1 Ambulante Arztleistungen

IV und KV vergüten die ambulanten Arztleistungen auf Basis der Tarifstruktur Tarmed; während der IV-Taxpunktwert für freipraktizierende Ärzte 0.92 Franken und für Spitäler 1.00 Franken beträgt, ist er bei der KV kantonal festgelegt und im gewichteten Mittelwert etwas tiefer.

2.2 Stationäre Spitalbehandlungen

- Bis Ende 2011 vergütete die IV bei innerkantonalen Patienten bei stationären Spitalbehandlungen 80 Prozent der anrechenbaren Kosten gemäss Spitaltaxmodell und die Kantone 20 Prozent. Infolge Kündigung dieser Vereinbarung seitens der Kantone betrug der Anteil der IV im Jahr 2012 90 Prozent. Im Rahmen der IV-Revision 6b wurde neu der Kostenteiler 80/20 mittels neuem Artikel 14^{bis} im Gesetz verankert. In der KV werden gemäss Art 49 KVG Pauschalen vereinbart, die auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen. Die Vergütungen werden vom Kanton und den Versicherten anteilmässig übernommen: die KV übernimmt maximal 45 Prozent, der Kanton 55 Prozent (Art. 49a KVG, wobei hier noch eine Übergangsfrist gilt). Nicht einbezogen werden dürfen Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

2.3 Analysen, Medikamente

Die Art und Weise der Vergütung von Analysen, Medikamenten und Mittel- und Gegenständen ist weder im IVG noch in Tarifverträgen geregelt. In der KV sind hierfür bundesrechtliche Grundlagen vorhanden (Art. 52 KVG). Die IV übernimmt die gleichen Leistungen wie die KV.

2.4 Spitex

Die IV hat keine Tarifvereinbarungen mit Spitexorganisationen. Die Vergütung der IV für medizinische Leistungen der Spitex erfolgt analog den Bestimmungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der KV, die seit 1. Januar 2011 Frankenbeiträge an die Pflegeleistungen vorsieht (siehe Anhang III, Kapitel 2.2). Im Gegensatz zur KV werden reine Pflegeleistungen (Grundpflege) von der IV nicht als Sachleistung übernommen: sie wird durch pauschale Geldleistungen (Hilflosenentschädigung HE, Intensivpflegezuschlag IPZ) gemäss Art. 42^{ter} IVG finanziert.

2.5 Physiotherapie, Ergotherapie, Chiropraktik

Für IV und KV gelten dieselben Tarifstrukturen, aber wie bei den ambulanten Arztleistungen unterschiedliche Taxpunktwerte (TPW), welche bei der IV gesamtschweizerisch einheitlich und bei der KV meist kantonal geregelt sind.

2.6 Psychotherapie

Die IV vergütet die Leistungen von gemäss IV-Tarifvertrag anerkannten Psychotherapeuten mit 142 Franken pro Stunde; die nicht-ärztliche Psychotherapie, die nicht als delegierte Psychotherapie anerkannt und nach Tarmed abrechenbar ist, wird von der KV nicht vergütet und muss vom Versicherten selbst oder über eine Zusatzversicherung finanziert werden. Die KV übernimmt hingegen die ärztliche Psychotherapie (inkl. der ärztlich delegierten Psychotherapie).

2.7 Ernährungs- und Diabetesberatung

Die IV vergütet die ambulante Ernährungsberatung gemäss Tarifvertrag UV/MV/IV, im Spital gemäss Tarif H+. Die ambulante Diabetesberatung wird im Spital gemäss Tarif H+ vergütet. Die Ernährungs- und Diabetesberatungen werden auch von der KV übernommen, sofern sie auf ärztliche Verordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 9b und 9c KLV).

2.8 Zahnarztleistungen, Kieferchirurgie, Kieferorthopädie

Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Leistungen im Rahmen eines Geburtsgebrechens 201–210 werden bei der IV nach dem Tarif der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) verrechnet. Die Kieferorthopädie macht etwa 70 Prozent der von der IV vergüteten SSO-Leistungen aus. Kieferchirurgische Leistungen werden sowohl nach SSO-Tarif als auch nach Tarmed übernommen, da praktisch alle Kieferchirurgen auch als Zahnärzte approbiert sind. Diese Abklärungen werden von der OKP übernommen, sofern sie nach vollendetem 20. Lebensjahr notwendig sind.

2.9 Sanitätstransporte und REGA

Die IV vergütet Sanitätstransporte, die nicht durch die Tages- oder DRG-Pauschale gedeckt sind, gemäss UV/MV/IV-Tarifvereinbarungen mit verschiedenen Spitälern und Transportunternehmungen. Nach Art. 26 KLV übernimmt die KV 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringers, wenn der Gesundheitszustand des Patienten den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen.

3 Kostenbeteiligung

Nach Art. 64 KVG beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Für Kinder (bis 18 Jahre) wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Seit dem 1. Januar 2004 sind die ordentliche Franchise auf 300 Franken und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Erwachsene auf 700 Franken festgelegt. Sowohl für Kinder wie für Erwachsene kann eine höhere Franchise gewählt werden.

Anhang III: Gesetzliche Grundlagen

Nachfolgend werden die bundesrechtlichen Grundlagen der IV, der KV und der UV erläutert.

1 Invalidenversicherung

Dieser Abschnitt enthält einen historischen Überblick über die Entstehung der heutigen Regelung in der IV, parlamentarische Vorstösse und anschliessend die aktuell gültigen Grundlagen in der IV.

1.1 Entstehung der heutigen Regelung und der verschiedenen Versicherungssysteme

Zur Zeit der Schaffung der Invalidenversicherung (IV) war die sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Geburtsgebrechen nicht geklärt: Die bei der Geburt kranken und behinderten Kinder waren nirgends versichert und die Familien standen vor grossen finanziellen Problemen. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Geburtsgebrechen systematisch weder den Krankheiten noch den Unfällen zugeordnet waren und die Krankenkassen Leistungen für bestehende Leiden ausschliessen konnten. Erst mit der Schaffung von Art. 13 IVG wurde diese Lücke im Sozialversicherungsrecht geschlossen und damit die Behandlung von Geburtsgebrechen generell den Eingliederungsmassnahmen der IV zugeordnet. Parallel zur Einführung des IVG wurden im Rahmen der Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) im März 1964 die Geburtsgebrechen der Krankheit gleichgesetzt. Obwohl die erwähnte Gleichsetzung schon einiges aussagt, wurde mit dem Inkrafttreten des totalrevidierten KVG am 1. Januar 1996 eine Verdeutlichung angebracht. So sieht Art. 27 KVG ausdrücklich vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit zu übernehmen hat. Demzufolge vergütet die KV für alle von der IV nicht anerkannten Geburtsgebrechen die „üblichen“ KVG-Leistungen, sofern die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wissenschaftlichkeit (WZW-Kriterien) für die jeweilige Behandlung erfüllt sind. Die IV übernimmt nach Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen die medizinischen Massnahmen aller auf der Liste aufgeführten Geburtsgebrechen (vgl. Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV)).

1.2 Änderungen zu den medizinischen Massnahmen in der 5. IV-Revision und danach

Die Überführung der Finanzierung der medizinischen Massnahmen zur beruflichen Eingliederung in die OKP war Gegenstand der Botschaft zur 5. IV-Revision. Begründet wurde dieses Vorhaben, dass „in der Regel die Behandlung oder Korrektur eines krankhaften Zustandes im Vordergrund steht, und dass die Abgrenzung einer medizinischen Massnahme im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung von der eigentlichen Behandlung eines Leidens an sich äusserst problematisch und für Versicherte wie Versicherungen nicht immer einsichtig ist. Entsprechend zahlreich sind die gerichtlich angefochtenen Entscheide. Seit der Einführung des KV-Obligatoriums ab 1.1.1996 sind alle Versicherten für medizinische Massnahmen bei gesundheitlichen Schäden ungeachtet von deren Ursache versichert. Bei einer Streichung von Artikel 12 IVG werden die bisher von der IV übernommenen Massnahmen auf die KV, die Versicherten und die Kantone (Spitalfinanzierung) überwältzt.“ (vgl. Botschaft zur 5. IV-Revision, Abschnitt 1.6.3.2). Aus der Ämterkonsultation resultierte, dass die Massnahmen nach Art.12 IVG für Minderjährige weiterhin von der IV übernommen wurden. Begründet wurde dies, dass insbesondere bei Minderjährigen der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ aufgrund der ungleichen Deckung der medizinischen Leistungen zwischen IV und KV nicht in Frage gestellt wird.

1.3 Parlamentarische Vorstösse nach der 5. IV-Revision

Nach dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 befassten sich folgende parlamentarische Vorstösse mit der Koordination der Übernahme der medizinischen Massnahmen zwischen IV und KV:

Pa. Iv. 07.451 Rossini: Invalidenversicherung. Anspruch auf medizinische Massnahmen für Geburtsgebrechen nach dem 20. Altersjahr

Mit dieser am 22. Juni 2007 eingereichten parlamentarischen Initiative wurde der Bundesrat aufgefordert, Artikel 13 IVG zu revidieren, um die Altersgrenze, bis zu der die Versicherten Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen haben, nämlich das vollendete 20. Altersjahr, zu erhöhen oder sogar aufzuheben. Der Initiant stellte fest, dass der Verlust des Anspruchs auf medizinische Massnahmen nach Überschreiten der Altersgrenze und der Wechsel von der IV zur KVG in mehrfacher Hinsicht problematisch sein können. Konkret führte er folgende Probleme an: schwierige Koordination zwischen den Sozialversicherungen (namentlich, was die erworbenen Rechte betrifft), zusätzliche finanzielle Belastungen für die versicherte Person (Franchise und Selbstbehalt gemäss KVG, Nichtübernahme von gewissen bisher von der IV getragenen Kosten), Infragestellung gewisser Behandlungen oder Medikamente oder sogar Unterbrüche bei Behandlungen.

Am 8. November 2007 beantragte die SGK-N zunächst, der Initiative Folge zu geben, wohingegen die SGK-S am 19. Februar 2008 beschloss, ihr keine Folge zu geben.

An der zweiten Lesung vom 25. April 2008 zog die SGK-N in Betracht, selbst eine Motion einzureichen, damit die Betreuung von Personen mit Geburtsgebrechen nach dem vollendeten 20. Altersjahr leichter von der IV in die KV überführt werden kann. Schliesslich verschob die SGK-N die Behandlung dieser Frage auf ihre nächste Sitzung.

Am 19. Juni 2008 wurde die SGK-N informiert, dass zwischen dem BAG und dem BSV Verhandlungen laufen, um die administrativen Modalitäten des Wechsels von der IV zur KV zu vereinfachen. Die Verhandlungen mündeten in eine Änderung der KLV, die für eine den IV-Leistungen gleichwertige Kostenübernahme in der KV sorgt. Die durch die Änderung der KLV erzielte Vereinfachung der administrativen Modalitäten betrifft insbesondere die Übernahme von langfristigen physio- und ergotherapeutischen Behandlungen. Das BSV und das BAG haben nämlich die Prüfungsmodalitäten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und jene der IV miteinander verglichen. Bei dieser Prüfung stellte sich heraus, dass manche Krankenversicherer eine in die KLV aufgenommene Bestimmung des alten Rechts falsch interpretierten und physio- oder ergotherapeutische Leistungen nur bis zu höchstens 9 Sitzungen innerhalb von drei Monaten übernehmen, was für Versicherte mit schweren Geburtsgebrechen oder gewissen chronischen Krankheiten ungenügend sein kann. Das BAG hat dem EDI Änderungen der KLV (namentlich Art. 5 und 6) vorgelegt, welche die Prüfung und das Verfahren zur Ausgabengenehmigung auf administrativer Ebene vereinfachen, den Wechsel von der IV zur KV regeln und eine Auslegung der KLV im Sinne einer quantitativen Beschränkung verhindern.

Die SGK-N beantragte am 28. Oktober 2009, der Initiative keine Folge zu geben. Grund dafür waren die finanziellen Folgen einer Heraufsetzung bzw. Aufhebung der Altersgrenze von 20 Jahren, die für die IV eine zusätzliche Belastung von 500 Mio. Franken bedeuten würde. Nachdem einerseits geprüft worden war, ob die Änderungen der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; 832.112.31) zur Lösung des Problems ausreichen oder ob das Mandat zur Abdeckung der Fälle von Geburtsgebrechen erweitert werden muss, und andererseits, ob man die Altersgrenze, ab der der Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen der IV erlischt, heraufsetzen oder aufheben muss, verabschiedete die SGK-N eine Kommissionenmotion mit demselben Ziel, also Gewährleistung der Leistungsübernahme nach dem Wechsel zur KV, aber ohne die finanziellen Folgen, welche die Annahme der Pa. Iv. Rossini gehabt hätte.

An seiner Sitzung vom 28. September 2010 lehnte der Nationalrat die Pa. Iv. 07.451 Rossini ab (118 gegen 62 Stimmen) und nahm die Mo. 09.3977 SGK-N an (163 gegen 13 Stimmen).

Mo. 09.3977 SGK-N: Invalidenversicherung. Anspruch auf medizinische Massnahmen für Geburtsgebrechen nach dem 20. Altersjahr

Die Motion der SGK-N beauftragt den Bundesrat, Rechtsbestimmungen zu erlassen, die gewährleisten, dass die finanzielle Deckung und der Zugang zur Behandlung (u. a. Medikamente) und zu den Leistungen (u. a. Spezialnahrung und Physiotherapie) für an Mukoviszidose und vergleichbaren Geburtsgebrechen erkrankte Personen nach Vollendung des 20. Lebensjahrs, wenn für Geburtsgebrechen der Anspruch auf IV-Leistungen erlischt, sichergestellt sind.

In seiner Antwort vom 5. März 2010 beantragte der Bundesrat die Ablehnung der Motion mit der Begründung, dass das heutige System ermöglicht, die Kontinuität der Therapie zulasten der Sozialversi-

cherung zu gewährleisten und die Kostenübernahme nicht zu unterbrechen. Die IV übernimmt die Kosten für medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen wie z. B. der Mukoviszidose bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Danach besteht eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die bei Geburtsgebrechen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit (Art. 27 KVG) gewährt.

Der Bundesrat stellt allerdings fest, dass systembedingt die weiteren Regelungen des KVG wie die Kostenbeteiligung und eine gegenüber der Invalidenversicherung beschränkte Kostenübernahme für Transportleistungen auch für Personen mit Geburtsgebrechen zur Anwendung gelangen. Zudem sind in der OKP keine finanziellen Beiträge an krankheitsbedingt erhöhte Lebenskosten (Wohnen, Ernährung, Mobilität usw.) vorgesehen. Nach Ansicht des Bundesrates besteht hier aber kein Handlungsbedarf, weil für eine Sonderbehandlung der Geburtsgebrechen gegenüber anderen Krankheiten eine sachliche Rechtfertigung fehlt.

Was die Spezialnahrung angeht, betont der Bundesrat, dass diese grundsätzlich nicht unter den Arzneimittelbegriff im Sinne des KVG und damit auch nicht in den Anwendungsbereich von Artikel 52 Absatz 2 KVG fällt. Anders verhält es sich aber, wenn die Ernährung nicht mit den im Haushalt verfügbaren Lebensmitteln zusammengestellt werden kann. Aus diesem Grund werden diätetische Speziallebensmittel für Personen mit seltenen Stoffwechselstörungen, für welche keine alternativen Behandlungsmethoden bestehen (z. B. Kuhmilch-Intoleranz bis zum Alter von 6 Monaten, Phenylketonurie), von der OKP übernommen. Demgegenüber haben Personen mit Zöliakie oder Mukoviszidose die Möglichkeit, ihre Ernährung mit im Haushalt verfügbaren Mitteln zusammenzustellen. Eine Sonderregelung für Personen mit Zöliakie oder Mukoviszidose, welche eine glutenfreie bzw. hochkalorische Ernährung befolgen müssen, ist deshalb nicht angezeigt und verbietet sich aufgrund des Gebotes der Gleichbehandlung. Sehr viele Personen mit erworbenen Krankheiten wie z. B. Diabetes, chronische Bronchitis, Krebs- und Nierenerkrankungen sind ebenfalls auf eine spezielle Ernährung angewiesen.

Die Motion 09.3977 SGK-N wurde vom Nationalrat am 28. September 2010 angenommen (mit 163 gegen 13 Stimmen).

Am 1. Februar 2011 beantragte die SGK-S die Ablehnung der Motion (mit 8 gegen 3 Stimmen). Eine Minderheit beantragte die Annahme.

Die Motion wurde am 1. März 2011 vom Ständerat abgelehnt (mit 19 gegen 13 Stimmen), was zur Abschreibung dieses Geschäfts führte.

Mo. 10.3204 Wehrli: Medizinische Massnahmen der IV in die Krankenversicherung integrieren

Diese Motion beauftragt den Bundesrat, eine Gesetzesvorlage zu unterbreiten, aufgrund welcher medizinische Massnahmen, die heute im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) verankert sind, in das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung integriert werden. Mit diesem Transfer kann man nach Ansicht des Motionärs die Schulden des neugeschaffenen IV-Fonds nachhaltig und effizient abbauen.

Nach Ansicht des Motionärs kann die Sonderregelung für Menschen mit Geburtsgebrechen, die 1960 noch sehr sinnvoll und notwendig war, jetzt aufgehoben werden. Dieser Transfer in die Krankenversicherung (KV) sei umso mehr gerechtfertigt, als der IV-Anspruch mit dem 20. Altersjahr endet und ab dann schon heute in jedem Fall die Krankenversicherung leistungspflichtig wird. Der Motionär ist auch der Meinung, dass dieser Schritt keinen Abbau, sondern nur eine Überführung der medizinischen Leistungen bei Kindern und jungen Erwachsenen bedeutet. Er würde für die betroffenen Personen, für die Leistungserbringer und die Versicherungsträger eine deutliche Vereinfachung bringen. Insbesondere würde damit auch eine Gleichbehandlung aller betroffenen Menschen – unabhängig von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall – erreicht. Aus finanzieller Sicht würde der Transfer der Kosten für die medizinischen Massnahmen von der IV in die KV die Sanierung der IV ermöglichen. Eine Erhöhung der KV-Prämien wäre dabei jedoch in Kauf zu nehmen.

In seiner Antwort vom 11. Juni 2010 beantragte der Bundesrat die Ablehnung der Motion aus folgenden Gründen:

- Der verlangte Transfer würde zur Verlagerung von Kosten in der Höhe von 735 Millionen Franken in das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führen, was einen Prämien Schub von rund 3 bis 4 Prozent zur Folge hätte.
- Dies lässt sich umso weniger rechtfertigen, als die einkommensabhängige Finanzierung bei der IV durch eine einkommensunabhängige bei der KV ersetzt würde.

- Die Leistungen der KV unterliegen im Gegensatz zu denjenigen der IV einer Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt).
- Der vorgeschlagene Transfer könnte zwar zur Sanierung der IV beitragen, würde aber dem Ziel des Bundesrates entgegenwirken, die Kosten der KV in den Griff zu bekommen.

Der Vorstoss wurde am 12.12.2011 abgeschrieben, da der Urheber aus dem Rat ausgeschieden ist.

Mo. 11.3263 Rossini: Sozialversicherungen koordinieren und Leistungen garantieren

Diese am 18. März 2011 eingereichte Motion beauftragt den Bundesrat, das ATSG (5. Kapitel, Leistungskoordination) zu revidieren, um damit – insbesondere bei Geburtsgebrechen – die Kontinuität der Behandlungen und Leistungen sowie deren Finanzierung beim Wechsel von einer Sozialversicherung zur anderen zu gewährleisten, sofern sich der Gesundheitszustand der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers nicht verändert. Ziel ist, bei Geburtsgebrechen die bestmögliche Koordination der Sozialversicherungen zu gewährleisten.

In seiner Antwort vom 18. Mai 2011 beantragt der Bundesrat die Ablehnung der Motion. Dabei stützt er sich auf die Antworten, die er im Rahmen der Pa. Iv. 07.451 Rossini und der Mo. 09.3977 SGK-N gegeben hat. Der Bundesrat hält fest, dass er «in diesem Bereich nach wie vor keinen Handlungsbedarf sieht, zumal keine sachlichen Argumente für eine Sonderregelung der Geburtsgebrechen gegenüber den übrigen Krankheiten sprechen. Erliesse man Personen mit einem Geburtsgebrechen die zusätzlichen Kosten, die beim Wechsel von einer Sozialversicherung zur anderen anfallen, und verzichtete man auf die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) gemäss KVG, so entstünde eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Versicherten. Es käme insbesondere zu einer Ungleichbehandlung von schwer oder chronisch kranken Personen. Die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohnehin für alle Personen begrenzt.»

Diese Motion wurde im Parlament noch nicht diskutiert.

1.4 Medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung

Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug von medizinischen Massnahmen

Bei den Anspruchsvoraussetzungen ist zu unterscheiden zwischen dem Anspruch im Allgemeinen (Art. 12 IVG) und bei Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG), die in einer besonderen Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) näher erläutert werden. Der Anspruch von medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen beginnt frühestens nach vollendeter Geburt (Art. 2 Abs. 1 GgV) und ist bei medizinischen Massnahmen sowohl gemäss Art. 12 als auch 13 IVG grundsätzlich bis zum vollendeten 20. Altersjahr begrenzt (Art. 12 und 13 IVG). Dies gilt auch dann, wenn bei einer versicherten Person mit einem Geburtsgebrechen eine vor diesem Zeitpunkt begonnene Massnahme durchgeführt wird (Art. 3 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Wird die Behandlung eines Geburtsgebrechens nur übernommen, weil eine im Anhang festgelegte Therapie notwendig ist, so beginnt der Anspruch mit der Einleitung dieser Massnahme. Er umfasst alle medizinischen Massnahmen, die in der Folge zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendig sind (Art. 2 Abs. 2 GgV). Für Kinder im Sinne von Art. 9 Abs. 3b IVG, die im Ausland invalid geboren sind, übernimmt die Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen die Leistungen während drei Monaten nach der Geburt in dem Umfang, in dem sie in der Schweiz gewährt werden müssten.

Grundsätzlich umfassen Art. 12 und 13 IVG folgende Massnahmen:

- Medizinische Massnahmen der IV, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat ist gemäss Artikel 12 Absatz 2 IVG befugt, die Massnahmen von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen und kann insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln.
- Medizinische Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendig sind (Artikel 13 IVG und Art. 3 Absatz 2 ATSG). 1965 hat der Bundesrat als Anhang der Verordnung über Ge-

burtsgebrechen (GgV) eine abschliessende Liste der leistungsbegründenden Geburtsgebrechen aufgestellt. Dieser Katalog wurde seither dreimal umfassend revidiert. Als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. (vgl. Artikel 1 Absatz 1 GgV). Das EDI kann die Liste der Geburtsgebrechen jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die IV insgesamt drei Mio. Franken nicht übersteigen (vgl. Artikel 1 Absatz 2 GgV). Übertrifft die Anpassung der Liste der von der IV anerkannten Geburtsgebrechen die jährlichen Mehrausgaben, so wird das BSV dazu eine Empfehlung an den Bundesrat weiterleiten, ob ein neues Geburtsgebrechen in die Liste aufgenommen werden kann. Das BSV zieht zur Streichung oder Neuaufnahme von Geburtsgebrechen Delegierte der jeweiligen ärztlichen Fachgesellschaften und Behindertenorganisationen sowie aus den Vollzugsorganen bei, so beispielsweise im Jahr 2010 zur Erarbeitung von Empfehlungen zum frühkindlichen POS/ADHS (GgV-Ziffer 404). Im Jahre 2011 bezogen 100'150 Kinder mit einem Geburtsgebrechen medizinische Massnahmen im Umfang von insgesamt 671 Mio. Franken.

- Keine medizinische Massnahme der IV ist die Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten. Die detaillierten Regelungen sind im Kreisschreiben des BSV über die Medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSME) festgelegt.

Verfügung von medizinischen Massnahmen

Nach erfolgter Anmeldung eines Versicherten und Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von medizinischen Massnahmen verfügt die IV-Stelle die medizinische Massnahme.

Umfang und Dauer der medizinischen Massnahmen

Die medizinischen Massnahmen umfassen gemäss Art. 14 IVG:

- die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien
- die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien
- Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung.
- Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

Die Dauer für psycho-, ergo- und physiotherapeutische Massnahmen ist gemäss Kreisschreiben für medizinische Eingliederungsmassnahmen (vgl. Randziffer 645–647, 845–847.5 KSME) bei der IV i.d.R. auf maximal zwei Jahre beschränkt. Die Verfügung für diese Behandlungen kann nochmals auf ein Jahr verlängert werden auf ärztliche Indikation unter Angabe der konkreten Zielerreichung im Sinne einer Verbesserung der schulischen Integration. Diese Fälle werden üblicherweise vom RAD überprüft. Bei kostenintensiven medizinischen Massnahmen, z.B. bei teuren orthopädischen Eingriffen oder teuren Herzoperationen, holen die IV-Stellen auf Empfehlung ihres RAD-Arztes von externen Fachärzten eine Zweitmeinung ein.

Art der medizinischen Massnahmen

Die Art der medizinischen Massnahmen wird in den Art. 2, 3, 3^{bis}, 3^{ter}, 4^{bis}, 4^{ter} und Art. 24 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) wie folgt näher erläutert:

Als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Diese Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

Die IV richtet sich dabei grundsätzlich nach den für die KV geltenden Listen der pharmazeutischen Spezialitäten (SL), Analysen (AL, Anhang 3 zur KLV) sowie Mittel- und Gegenstände (MiGeL, Anhang 2 zur KLV), ist daran aber nicht gebunden und kann auch darüber hinausgehende Leistungen übernehmen, z.B. Kuvan in Ausnahmefällen (obwohl nicht auf SL), Hörmittel, gewisse Orthesen, etc. Die IV übernimmt i.d.R. die Entscheide der KV und übt damit keinen direkten Einfluss auf die Aufnahme neuer Medikamente oder Medikamentenpreise aus. Bei einzelnen Leistungen adaptiert die IV andere Tarifregelungen formlos (z.B. Spitex), da keine eigenen Tarifvereinbarungen existieren und der Abschluss von separaten IV-Tarifvereinbarungen mit einem unverhältnismässig hohen Aufwand verbunden wäre.

Bei Anstaltspflege übernimmt die Versicherung für die Zeit, während welcher der Aufenthalt vorwiegend der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen dient, auch Vorkehren, die zur Behandlung des Leidens an sich gehören.

Wahlrecht der Versicherten

Dem Versicherten steht die Wahl unter den eidgenössisch diplomierten Ärzten, Zahnärzten und Apothekern sowie - wenn sie den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen - unter den medizinischen Hilfspersonen frei (Art. 26 und 26^{bis} IVG).

Tarife und Vergütung der Invalidenversicherung

Im Detail sind die Tarifverträge in den 27 und 27^{bis} IVG wie folgt geregelt:

Der Bundesrat ist befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen (Art. 27 IVG). Die Verträge werden vom Bundesamt für Sozialversicherungen abgeschlossen (Art. 24 IVV). Das Bundesamt kann eine Liste der zugelassenen Personen und Stellen führen. Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmassnahmen vergütet werden. Für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen als Mindestanforderungen der Versicherung und die bestehenden Tarife als Höchstansätze.

Die Vergütung der medizinischen Massnahmen erfolgt in der IV nach dem Naturalleistungsprinzip. Dieses besagt, dass der Versicherer und nicht der Versicherte Schuldner des Leistungserbringers (z.B. des Arztes) ist. Auszahlungen an die Leistungserbringer erfolgen über die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS).

Die Versicherer haben im Zusammenhang mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) zur Vorbereitung der Tarifverträge und zu deren Abschluss sowie zur gemeinsamen Regelung weiterer Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Festlegung der Medizinaltarife für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben, die Medizinaltarif-Kommission (MTK) gegründet. Ausführendes Organ der MTK ist die Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT), welche von der Suva geführt wird. Da für die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV) die gleichen Grundsätze massgebend sind wie für UV, arbeiten diese Sozialversicherungen in der MTK mit und übernehmen in der Regel die Tarife der UV. Dadurch ist ein Medizinaltarifwerk der sogenannten „Eidgenössischen Sozialversicherer“ entstanden.

Die IV verfügt nicht über die personellen Ressourcen, eigene Tarifvereinbarungen abzuschliessen und arbeitet sowohl in einzelnen Arbeitsgruppen als auch in der MTK mit den UVG-Versicherern zusammen. Sie hat in der MTK Expertenstatus, aber kein Stimmrecht. Dennoch hat die IV durch ihre Mitwirkung in diesen Gremien Einflussmöglichkeiten auf die Tarifgestaltung. Da das Leistungsspektrum der IV im Bereich der medizinischen Massnahmen fast ausschliesslich auf Krankheitsbehandlungen ausgerichtet ist, ist es weitgehend mit demjenigen der KV vergleichbar und nicht mit demjenigen der UV. So ist beispielsweise der Tarmed-Taxpunktwert bei ambulanten ärztlichen Leistungen bei der IV heute demjenigen der UV angepasst und beträgt 0.92 Franken, hingegen sind die KVG-Taxpunktwerte für ärztliche Leistungen in freier Praxis von Kanton zu Kanton unterschiedlich und betragen 78 bis 97 Rappen. Eigenständige Lösungen sind aber für die IV nur schwer durchzusetzen, da dies jeweils mit einem grossen Einsatz an zusätzlichen (und heute nicht vorhandenen) Ressourcen verbunden wäre.

2 Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung umfasst nach Artikel 1a KVG die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und eine freiwillige Taggeldversicherung und gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt) sowie bei Mutterschaft. In eingeschränktem Rahmen übernimmt die OKP auch die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von versicherten Personen, die in erhöhtem Masse gefährdet sind (Art. 26 KVG).

2.1 Leistungsumfang der Krankenversicherung

Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen für den Leistungsbezug

Anspruch auf Leistungen gemäss der OKP besteht dann wenn eine Person im Zeitpunkt der Behandlung versichert ist und kein anderer Sozialversicherer für die Behandlungskosten zuständig ist. Sodann besteht Anspruch auf Leistungen, wenn eine nach dem KVG anerkannte Behandlungsmethode angewendet wird und diese im konkreten Einzelfall wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Die Leistungen umfassen u.a. Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden als auch verordnete Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände (Art. 25 Abs. 2 KVG).

Ärztliche Leistungen

Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 KVG). Zudem bestimmt er, in welchem Umfang die OKP neue Leistungen zu vergüten hat, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG). Der Bundesrat hat diese Aufgaben gestützt auf Artikel 33 Absatz 5 KVG an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert (Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Bei der Bezeichnung der Leistungen lässt sich der Bundesrat von Kommissionen beraten (Art. 33 Abs. 4 KVG).

Das Konzept der Umschreibung der Leistungspflicht nach Artikel 33 Absatz 1 KVG bedeutet, dass grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen vergütet werden, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Leistungen wird damit implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Der Verordnungsgeber kann neue Behandlungen von den Pflichtleistungen ausschliessen, bis sie einer methodischen Überprüfung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit standhalten (Art. 33 Abs. 3 KVG). Er hat auch die Möglichkeit, die neue Technik oder Methode lediglich für bestimmte Indikationen zuzulassen, wenn nur in diesem Bereich Artikel 32 Absatz 1 KVG erfüllt ist, oder deren Zulassung von einer bestimmten fachlichen Kompetenz des Leistungserbringers abhängig zu machen (Art. 58 Abs. 3 Bst. b KVG). Er kann schliesslich die sich noch in Abklärung befindliche Leistung auf Zusehen hin und unter der Auflage des definitiven Nachweises der Voraussetzungen von Artikel 32 KVG zulassen.

Die ärztlichen Leistungen der Krankheitsbehandlungen werden im Gegensatz zu Arzneimitteln, Analysen, Mittel und Gegenständen, präventivmedizinischen Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft sowie für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern, wo abschliessende Listen [sog. Positivlisten] geführt werden, in einer offenen Liste bzw. einem offenen und beschränkten „Ausschluss- oder Voraussetzungskatalog“ geführt. Diese offene Liste ist in der KLV in Anhang 1 integriert und nennt bei vielen Leistungen die Voraussetzungen für die Kostenübernahme, wie:

- Limitationen auf bestimmte Indikationen
- Zeitliche Befristungen der Leistungspflicht mit Auflage der Evaluation durch die Leistungserbringer

Auch enthält Anhang 1 zur KLV verschiedene Arten der Bezeichnung von Leistungserbringern:

- Explizite Bezeichnung von Zentren, in denen die prozessualen, apparativen und infrastrukturellen Voraussetzungen erfüllt werden

- Umschreibung von Voraussetzungen zur Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität
- Einschränkung auf Zentren oder Leistungserbringer, die sich an einer Evaluation beteiligen
- Erfüllung von Voraussetzungen, die in einem Referenzdokument von Fachorganisationen festgelegt sind
- Von Fachgesellschaften bezeichnete bzw. zertifizierte Leistungserbringer

Zahnärztliche Leistungen

Die zahnärztliche Behandlung ist grundsätzlich keine Pflichtleistung. Artikel 31 KVG sieht jedoch für den Risikobereich Krankheit entsprechende Ausnahmen vor, die in den Art. 17 - 19a KLV abschliessend aufgeführt sind (vgl. u.a. BGE 130 V 464). Art. I 31 Abs. 2 KVG regelt die Behandlung unfallbedingter Zahnschäden.

Die OKP übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese

- durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG i.V.m. Art. 17 KLV); oder
- durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG i.V.m. Art. 18 KLV) oder
- zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 Bst. c i.V.m. Art. 19 KLV).

Bei der Frage der Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Leistung sind zwei Kriterien massgebend (vgl. BGE 128 V 143), nämlich der organische Ansatzpunkt einer Behandlung und die therapeutische Zielsetzung. Zahnärztliche Behandlungen sind therapeutische Vorkehren am Kausystem (organischer Ansatzpunkt). Ist die Massnahme auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als die Verbesserung der Funktion der Zähne gerichtet (therapeutische Zielsetzung), liegt eine ärztliche Behandlung im Sinne von Artikel 25 KVG vor, zwar auch dann, wenn die Behandlung beim Kausystem ansetzt. Ist eine Zuordnung nicht eindeutig, so wird der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beigemessen (vgl. u.a. BGE 128 V 143).

Koordination IV

Die OKP übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die durch ein Geburtsgebrechen nach Art. 19a Abs. 2 KLV bedingt sind, wenn die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind (Art. 19a Abs. 1 Bst. a KLV). Notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 Buchstabe a KLV ist eine zahnärztliche Behandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen einen Eingriff erst nach dem 20. Altersjahr erfordert. Zu Lasten der IV behandelte Kausystemerkrankungen können nach dem 20. Altersjahr bei erneuter Behandlungsbedürftigkeit Anlass zu zahnärztlichen Pflichtleistungen der OKP geben (vgl. Urteil K 48/03 = RKUV 2004 KV 296 352). Die Frage, ob eine Anmeldung bei der IV bereits während der Minderjährigkeit Leistungsvoraussetzung bildet, ist von der Rechtsprechung bisher nicht beantwortet worden (vgl. Urteil K 61/97).

Zahnärztliche Behandlungen vor dem 20. Altersjahr als Folge von Geburtsgebrechen gehen ebenfalls zu Lasten der OKP, wenn die versicherte Person die Versicherungsklausel gemäss Art. 6 IVG nicht erfüllt (Art. 27 KVG, Art. 19a Abs. 1 Bst. b KLV, vgl. BGE 126 V 103).

Zahnärztliche Behandlungen können indes nur Pflichtleistung sein, wenn die Voraussetzungen gemäss Artikel 31 Abs. 1 KVG gegeben sind, was nicht für alle Tatbestände von Art. 19a Abs. 2 KLV gesichert ist (vgl. u.a. BGE 129 V 80). Die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG sind daher in jedem Einzelfall zu prüfen.

Personen, die medizinische Leistungen auf ärztliche Anordnung erbringen (nichtärztliche Leistungserbringer)

Physio- und ergotherapeutischen Leistungen, die Logopädie, Ernährungsberatung und Diabetesberatung sowie die Krankenpflege werden auf ärztliche Anordnung hin erbracht (Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG i.V.m. Art. 46 ff. KVV i.V.m. Art. 5 ff. KLV). Der Leistungsbereich ist in Art. 5 ff. KLV umschrieben.

Vergütung

Für die Entschädigung der zu Lasten der Versicherung tätigen Leistungserbringer werden zwischen den Leistungserbringern und Versicherern Tarife vereinbart (Art. 43ff. KVG). Ausnahme dazu bildet dazu die Kostenübernahme für die Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim (siehe nachstehend Kapitel 2.2, Seite 43).

Koordination IV

Die OKP übernimmt bei Geburtsgebrechen nach Artikel 3 Absatz 2 ATSG, die nicht von der IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit (Art. 27 KVG). Diesbezüglich hält Art. 35 KVV präzisierend fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der IV für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen anschliessend von der OKP zu übernehmen sind.

Grundsätzlich werden durch diese Bestimmungen die Geburtsgebrechen nicht gegenüber anderen Krankheiten privilegiert, weshalb der Krankenversicherer in der Regel nur im Rahmen der Leistungen der sozialen Krankenversicherung und überdies erst dann leistungspflichtig ist, wenn die Voraussetzungen zur Übernahme der medizinischen Vorkehren nach KVG erfüllt sind. Die einzige Ausnahme stellt Artikel 52 Absatz 2 KVG dar: Die zu den medizinischen Massnahmen der IV gehörenden diagnostischen Massnahmen für Geburtsgebrechen werden in die Analysenliste (AL), die therapeutischen Massnahmen in die Spezialitätenliste (SL) und Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) aufgenommen (vgl. Ausführungen nachstehend).

Mittel und Gegenstände

Die zu Lasten der OKP abrechenbaren, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände werden in Anhang 2 der KLV nach Arten und Produktgruppen in einer abschliessenden Positivliste aufgezählt.

Der Geltungsbereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) ist auf Mittel und Gegenstände beschränkt, die von den Versicherten direkt oder allenfalls unter Beizug von nicht-medizinischem Personal angebracht bzw. verwendet werden können. So sind andere Medizinalprodukte, insbesondere Implantate, nicht in der MiGeL enthalten und werden deshalb im Rahmen von Tarifverträgen vergütet (Art. 20a Abs. 2 KLV). Auch Mittel und Gegenstände, die von Leistungserbringern der OKP im Rahmen ihrer Tätigkeit zu Lasten der OKP verwendet werden, werden in der MiGeL nicht aufgeführt. Auch hier erfolgt die Vergütung über entsprechende Tarifverträge (Art. 20a Abs. 2 KLV).

Vergütung

Das EDI bezeichnet nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) für die Mittel und Gegenstände Höchstbeträge (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 KVG i.V.m. Art. 33 Bst. e KVV). Auf die Mittel und Gegenstände findet der Tarifschutz nach Artikel 44 KVG keine Anwendung. Liegt für ein Produkt der in Rechnung gestellte Betrag über dem in der MiGeL angegebenen Höchstvergütungsbetrag, so geht die Differenz demnach zu Lasten der versicherten Person (Art. 44 Abs. 1 KVG, Art. 24 Abs. 2 KLV).

Koordination IV

In Bezug auf die Koordination mit der IV sind, was Geburtsgebrechen betrifft, die zu den Leistungen der IV gehörenden therapeutischen Massnahmen in die MiGeL aufzunehmen (Art. 52 Abs. 2 KVG, Art. 35 KVV). Mit Ausnahme der Kostenbeteiligung der KV erleiden die versicherten Personen keinen Nachteil durch den Wechsel von der IV zur KV.

Analysen

Die zu Lasten der OKP abrechenbaren, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Analysen werden in Anhang 3 der KLV in einer abschliessenden Positivliste aufgezählt.

Das EDI erstellt die Liste der Analysen (AL) nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK), gestützt auf Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 KVG. Nach Artikel 62 Absatz 1 KVV bezeichnet das EDI auch diejenigen Analysen, die im Rahmen der Grundversorgung von Laboratorien durchgeführt sowie von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen oder Hebammen veranlasst werden können (Anhänge A bis C der Analysenliste).

Die AL gilt für alle Laboranalysen, unabhängig davon, ob sie in der ärztlichen Praxis, in der Apotheke, im Spital oder im Privatlabor durchgeführt werden. Der Tarif kommt jedoch nur bei ambulanter Be-

handlung zur Anwendung. Bei stationärer Behandlung sind die Analysenleistungen grundsätzlich in der Pauschale inbegriffen (Art. 49 KVG). Es gilt der Tarifschutz nach Artikel 44 KVG, wonach Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise zu halten haben und keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen.

Koordination IV

In Bezug auf die Koordination mit der IV sind, was Geburtsgebrechen betrifft, die zu den Leistungen der IV gehörenden diagnostischen Massnahmen in die AL aufzunehmen (Art. 52 Abs. 2 KVG, Art. 35 KVV). Mit Ausnahme der Kostenbeteiligung der KV erleiden die versicherten Personen keinen Nachteil durch den Wechsel von der IV zur KV.

Arzneimittel

Das Departement des Innern (EDI) erlässt, nach Anhörung der zuständigen Kommission, nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a KVG, in Bezug auf die in der OKP zugelassenen Arzneimittel eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif (Arzneimittel mit Tarif, sog. ALT). Weiter erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste, sog. SL, vgl. Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG). Nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG hat die SL ebenfalls die Generika zu enthalten.

Die Aufnahme eines Arzneimittels erfolgt auf Gesuch hin und wird in der Folge der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) zur Stellungnahme unterbreitet (Art. 69 KVV i.V.m. Art. 30a ff. KLV).

In Bezug auf die Aufnahme in die SL, welche mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden kann (vgl. Art. 65 Abs. 5 KVV), finden sich die entsprechenden Bestimmungen in Artikel 64 ff. KVV, welche sinngemäss ebenfalls für die Aufnahme eines Arzneimittels in die ALT Anwendung finden (vgl. Art. 63 Abs. 2 KVV). Arzneimittel müssen über eine gültige Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Swissmedic) verfügen, um in die SL aufgenommen zu werden, wobei die Arzneimittel den Vorgaben der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen müssen (Art. 65 KVV). Arzneimittel, für welche Publikumswerbung betrieben wird, werden nicht in die SL aufgenommen (Art. 65 Abs. 2 KVV). Das BAG überprüft alle 3 Jahre sämtliche Arzneimittel, die in der SL aufgeführt sind, ob die Aufnahmebedingungen noch erfüllt sind (Art. 65d Abs. 1 KVV).

Vergütung

Die SL enthält die bei Abgabe durch die Apotheker, Ärzte, Spitäler und Pflegeheime massgebenden Höchstpreise (Art. 67 Abs. 1 KVV), wobei der Höchstpreis aus dem Fabrikabgabepreis und dem Vertriebsanteil besteht (Art. 67 Abs. 1^{bis} KVV). Auch hier gilt der Tarifschutz nach Artikel 44 KVG.

Koordination IV

Die IV vergütet bis zum vollendeten 20. Altersjahr sämtliche medizinische Massnahmen, die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendig sind (Art. 13 IVG). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleiche Leistung wie bei Krankheit (Art. 27 KVG).

Grundsätzlich werden durch diese Bestimmung die Geburtsgebrechen nicht gegenüber anderen Krankheiten privilegiert, weshalb der Krankenversicherer in der Regel nur im Rahmen der Leistungen der sozialen Krankenversicherung und überdies erst dann leistungspflichtig wird, wenn die Voraussetzungen zur Übernahme der medizinischen Vorkehrungen nach KVG erfüllt sind. Hierzu stellt Artikel 52 Absatz 2 KVG eine Ausnahme dar: Die zu den Leistungen der IV gehörenden therapeutischen Massnahmen für Geburtsgebrechen werden in die AL, die SL und MiGeL aufgenommen (Art. 52 Abs. 2 KVG). Artikel 35 KVV hält sodann fest, dass die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der IV für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen nach Artikel 52 Absatz 2 KVG anschliessend von der OKP zu übernehmen sind.

In der Geburtsgebrechenmedikamentenliste (GGML), einem speziellen Teil der SL, wird in Präzisierung dieser Verordnungsnorm einleitend festgehalten, dass (einzig) diejenigen Arzneimittel aus der OKP zu bezahlen sind, welche den Versicherten von der IV wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und welche die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 28. Juli 2003, K 135/02, E. 5.2). Die GGML ist integrierender Bestandteil der SL. Entsprechend gelten für GGML grundsätzlich die gleichen Aufnahmebedingungen wie bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die übrigen Kapitel der SL.

Zweck von Artikel 27 und Artikel 52 Absatz 2 KVG ist die Koordination von IV und KV bei Geburtsgebrechen gemäss GgV-Anhang. Es soll damit verdeutlicht werden, dass die KV die IV ablöst, d.h. die KV namentlich die Kosten anstelle der IV zu tragen hat, sobald Letztere ihre Leistungen einstellt. Diese Kontinuität ist beispielsweise zu gewährleisten, wenn aufgrund der Vollendung des 20. Altersjahres ein Geburtsgebrechen nicht mehr in die Zuständigkeit der IV fällt, ein Geburtsgebrechen aus der Liste im GgV-Anhang gestrichen wurde oder nach höchstrichterlicher Auslegung auch, wenn ein geburtsgebrechliches Kind die Versicherungsklausel nach Artikel 6 IVG nicht erfüllt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 28. Juli 2003, K 135/02, E. 5.3.1).

Grundsätzlich übernimmt die KV bei Geburtsgebrechen die durch die IV vergüteten Arzneimittel nach dem 20. Altersjahr. Dazu gehören auch Produkte, die nicht in der SL aufgeführt sind wie z.B. Vitaminpräparate oder andere Spezialnährmittel. Vitaminpräparate sind bspw. für Patienten mit Cystischer Fibrose (Mukoviszidose) notwendig, bei "normalen" Krankheiten werden derartige Präparate nicht durch die KV vergütet. Gleiches gilt für andere Arzneimittel, die speziell zur Behandlung von Geburtsgebrechen dienen. Die KV vergütet daher dieselben Arzneimittel wie die IV für Geburtsgebrechen, mit Ausnahme der Kostenbeteiligung der KV erleiden die Versicherten keinen Nachteil durch den Wechsel der Versicherung.

2.2 Tarife und Vergütung der Krankenversicherung

Allgemeines

Für die Entschädigung der zu Lasten der Versicherung tätigen Leistungserbringer werden, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, zwischen den Leistungserbringern und Versicherern Tarife vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Höchstvergütungsbeiträge für Mittel und Gegenstände siehe Kapitel 2.1, Seite 41; Tarife für Analysen siehe Kapitel 2.1, Seite 41; Preise für Arzneimittel siehe Kapitel 2.1, Seite 42). Tarifverträge bedürfen einer Genehmigung durch die zuständige Behörde.

Tarifvertragsparteien sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits. Den Vertragsparteien steht bei der Tarifvereinbarung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (insbesondere Art. 43 KVG) ein grosser Ermessensspielraum zu.

Tarifgrundsätze

Gestützt auf Artikel 43 Absatz 7 KVG hat der Bundesrat in Artikel 59c KVV Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufgestellt. Die Tarifgrundsätze haben sowohl die Tarifparteien bei der Ausgestaltung ihrer Tarife, als auch die zuständige Behörde bei der entsprechenden Genehmigung bzw. Festsetzung zu berücksichtigen.

Gemäss diesen Tarifgrundsätzen dürfen für die Bestimmung eines wirtschaftlichen Tarifs von den transparent ausgewiesenen Kosten ausschliesslich diejenigen Kosten vergütet werden, die einer effizienten Leistungserbringung entsprechen. Zudem gilt beim Wechsel eines Tarifmodells die Kostenneutralität, damit dieser Wechsel zu keine Mehrkosten führt, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben. Ausserdem müssen die Vertragsparteien die Tarife regelmässig überprüfen und so anpassen, dass eine wirtschaftliche Tarifierung gewährleistet ist. Die Grundsätze des Gesetzes sind sinngemäss auch dann anwendbar, wenn eine Kantonsregierung den Tarif bzw. der Bundesrat eine Tarifstruktur festlegt, weil sich die Tarifpartner nicht einigen konnten.

Besondere gesetzliche Tarifgestaltungsregeln

Neben den allgemeinen Tarifgestaltungsgrundsätzen gibt es Regeln, die nur für bestimmte Kategorien von Tarifen vorgeschrieben sind:

Gesamtschweizerische Strukturen

Einzelleistungstarife sowie die Pauschalen für die stationäre Behandlung im Spital müssen auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Festlegung der Tarifstruktur ist Sache der Vertragspartner. Können sich diese nicht einigen, wird die Tarifstruktur vom Bundesrat festgelegt

(Art. 43 Abs. 5 KVG sowie Art. 49 Abs. 2 KVG). Die für die Tarifierung aufgrund einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur anwendbaren Baserate (für den stationären Bereich) oder Taxpunktwerte können auf nationaler Ebene vereinbart und genehmigt werden, eine Festsetzung ist hingegen nicht möglich. Dafür ist nach Artikel 47 KVG die Kantonsregierung zuständig.

Gesamtschweizerische Struktur für ambulante ärztliche Leistungen (TarMed)

Mit TarMed wurde ein Tarifwerk für die ambulanten medizinischen Leistungen vereinbart, unabhängig von der Kostenübernahmepflicht der Sozialversicherer (TarMed enthält auch Positionen für Nichtpflichtleistungen). Das Pauschaltarifprinzip von Artikel 49 Absatz 1 Satz 1 KVG schliesst die Anwendung des TarMed im stationären Bereich für die KV aus.

Tarife für die stationäre Spitalbehandlung

Als Grundprinzip sieht Artikel 49 Absatz 1 Satz 1 KVG vor, dass stationäre Behandlungen und Aufenthalt in einem Spital durch leistungsbezogene Pauschalen zu vergüten sind (dies hat auch für Privatspitäler Gültigkeit). Mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung werden auch in diesem Bereich einheitliche Strukturen geschaffen.

Beitrag an die Kosten für die Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim und bei der Pflege zu Hause leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen nach Pflegebedarf abgestuften Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen. Das EDI hat in Artikel 7a KLV die entsprechenden Beiträge festgesetzt. Der versicherten Person dürfen von den nicht durch Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden. Dieser Betrag fällt zusätzlich zur Kostenbeteiligung an. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

3 Unfallversicherung

In der obligatorischen Unfallversicherung (UV) werden die medizinischen Leistungen grundsätzlich nach dem Naturalleistungsprinzip entschädigt. Das bedeutet, dass der UVG-Versicherer Schuldner des Leistungserbringers ist und nicht etwa die versicherte Person.

Die Bestimmungen, welche das Medizinaltarifwesen der UV regeln, sind in den Artikeln 56 UVG in Verbindung mit den Art. 70 und 71 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) geregelt. Das System ist gesamtschweizerisch ausgerichtet und basiert auf dem Grundsatz, wonach die Tarife auf dem Verhandlungsweg und ohne staatliche Intervention zwischen den UVG-Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart werden. Erst wenn keine vertragliche Lösung zustande kommt, erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG). Dabei ist der Bundesrat frei, Grundsätze zu formulieren oder in einem konkreten Fall den Tarif festzusetzen.

Es ist zu unterscheiden zwischen der Struktur der Medizinaltarife, den Preisen und der Kostenträgerschaft.

Für die Abgeltung der ambulanten Heilbehandlung ist in der UV die gleiche Tarifstruktur wie in der Krankenversicherung massgebend, nämlich der TARMED. Infolge der gesamtschweizerischen Ausrichtung des Medizinaltarifwesens UV werden im ambulanten Bereich gesamtschweizerisch einheitliche Taxpunktwerte ausgehandelt. Dies im Unterschied zur Krankenversicherung, wo die Taxpunktwerte von den kantonalen Ärztesellschaften und den Versicherern vereinbart werden und damit die Taxpunktwerte je nach Kanton unterschiedlich ausfallen.

Im stationären Bereich werden die Spitaltarife von der ZMT einheitlich und für alle UVG-Versicherer gleichzeitig ausgehandelt. Hierfür wurde ein Spitaltaxmodell entwickelt, das den Verträgen zwischen Unfallversicherern und Spitälern zugrunde liegt. Die Taxen decken heute in der Praxis 80% der anrechenbaren Betriebskosten ohne Investitionskosten ab. Für die Behandlung von Patienten aus einem anderen Kanton muss die Taxe die vollen Betriebs- und Investitionskosten decken. Für den von den UVG-Versicherern nicht gedeckten Teil kommt die öffentliche Hand der Kantone auf. Fallkostenpauschalen sind bereits heute in vielen Fällen realisiert. Mit Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung in der KV dürften auch im stationären Bereich dieselben einheitlichen Strukturen für alle Sozialversicherer zur Anwendung kommen.

In letzter Zeit haben die Kantone die Beteiligung an die Finanzierung der Spitalbehandlung der UVG-Patienten in Frage gestellt. Insbesondere die Subventionierung von gewinnorientierten Privatversicherern wird als stossend empfunden. Weiter besteht im UVG keine Rechtsgrundlage für die Kantonsbeteiligung an den Unfall-Behandlungskosten. Zudem wird die Beteiligung als nicht sachgerecht taxiert, da die Kantone im Unfallversicherungsrecht keine Regelungskompetenz hätten. Von den Kantonen,

vertreten durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), wird eine Vollkostenfinanzierung der Unfall-Behandlungskosten unter Einschluss der Investitionskosten angestrebt. Lediglich die Kosten für Lehre und Forschung sowie andere gemeinschaftliche Kosten sollen weiterhin durch die Kantone getragen werden.

Im Rahmen der UVG-Revision wurden verschiedene Vorstösse eingereicht, welche auf die Abschaffung der Kostenbeteiligungen der Kantone für stationäre UVG-Patienten abzielten. Im Lichte der Rückweisung der Vorlage 1 der UVG-Revision an den Bundesrat haben die Eidgenössischen Versicherer (UV/MV/IV) mit den Kantonen Vereinbarungen getroffen, welche eine sukzessive Reduktion der kantonalen Beiträge an die Finanzierung der Spitalkosten von UVG-Patienten bis zum Jahre 2013 vorsehen.

Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlicher Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben. Ihre Entscheidungen sind für den Bereich der obligatorischen Unfallversicherung verbindlich. Um die Koordination mit den anderen Sozialversicherungszweigen zu gewährleisten, nehmen als Experten die Vertreter der Militärversicherung (MV) und IV an den Sitzungen teil. Die MTK, die MV und IV schliessen in der Regel gemeinsam Verträge ab mit den Spitälern und mit den Verbänden der Medizinalpersonen.

Anhang IV: Koordinationsbestimmungen

Nachfolgend werden die aktuellen bundesrechtlichen Grundlagen für die Koordination der medizinischen Leistungen unter den Sozialversicherern beschrieben.

1 Heutige Regelung

Die Leistungskordinationsbestimmungen bei Heilbehandlungen verschiedener Sozialversicherungen sind im Art. 64 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wie folgt geregelt:

„Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen. Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten:

1. der Militärversicherung;
2. der Unfallversicherung;
3. der Invalidenversicherung;
4. der Krankenversicherung.

Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger übernimmt auch dann allein und uneingeschränkt die Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.

Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger kommt ferner für ausserhalb seines Leistungsbeereichs liegende Gesundheitsschäden auf, die während einer stationären Heilbehandlung auftreten und nicht getrennt behandelt werden können.“

In Art. 70 Abs. 1 ATSG sind die Vorleistungspflicht der Versicherer wie folgt geregelt:

„Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen.“ Dies bedeutet, dass die KV für Sachleistungen, wie z.B. medizinische Massnahmen, deren Übernahme durch die UV, MV oder die IV umstritten ist, vorleistungspflichtig ist“.

Art. 113 KVV Vorleistungspflicht im Verhältnis zur IV

„Hat sich eine versicherte Person sowohl beim Krankenversicherer als auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet, so hat der Krankenversicherer vorläufig für die Krankenpflegekosten Gutsprache zu erteilen oder Zahlungen zu leisten, bis feststeht, welche Versicherung den Fall übernimmt“.

Art. 114 KVV Informationspflicht

„Der vorleistende Krankenversicherer macht die versicherte Person auf die Rückerstattungsordnung von Art. 71 ATSG aufmerksam.“

Art. 116 KVV Unterschiedliche Tarife

¹ „Bei Vorleistung durch den Krankenversicherer haben die anderen Sozialversicherer den Leistungserbringern eine allfällige Differenz zwischen dem für sie geltenden Tarif und dem vom Krankenversicherer angewandten Tarif nachzuzahlen.“

² „Hat der Krankenversicherer Leistungserbringern aufgrund seiner Tarife mehr vergütet, als aufgrund der für die anderen Versicherungen geltenden Tarife geschuldet gewesen wäre, so haben ihm die Leistungserbringer die Differenz zurückzuerstatten.“

2 Historische Entwicklung der Leistungskoordination

2.1 Medizinische Massnahmen unter Art. 13 IVG

Die historische Entwicklung der Leistungskoordination der medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG wird vor Inkrafttreten des ATSG, nach Inkrafttreten des ATSG und nach Inkrafttreten der 4. IV-Revision aufgezeigt.

Vor Inkrafttreten des ATSG

In der Krankenversicherung waren Geburtsgebrechen ursprünglich nicht zwingend versichert (vgl. aber Art. 14 Abs. 1 und Art. 17 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände; AS 1965 41). In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBI 1992 I 154 f.) führte der Bundesrat zu Art. 21 Gesetzesentwurf (der Art. 27 KVG entspricht) aus, die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehme die Kosten der erforderlichen Leistungen, sobald das Geburtsgebrechen nicht mehr unter die Invalidenversicherung fiel, weil der Versicherte volljährig werde oder das Geburtsgebrechen als geringfügig gelte und daher aus der GgV gestrichen worden sei. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung löse somit in zwei Fällen die Invalidenversicherung ab. Der Bundesrat wollte demnach eine Überentschädigung vermeiden, schloss aber nicht aus, dass die Krankenversicherung subsidiär leistungspflichtig blieb auch in Fällen, in denen ein Geburtsgebrechen von der IV übernommen wurde und bezweckte damit - ebenfalls - die Koordination zwischen Invaliden- und Krankenversicherung. In den Materialien findet sich keine ausdrückliche Diskussion dieser Frage. Die in der Botschaft genannten Anwendungsfälle hat das Bundesgericht nicht als abschliessend verstanden und Art. 27 KVG auch als einschlägig erachtet, wenn ein geburtsgebrechliches Kind die Versicherungsklausel gemäss Art. 6 IVG nicht erfüllt (Urteil des BGer vom 10.6.2011, 9C_886/2010, Erw. 4.2.1 mit Hinweisen).

Nach Inkrafttreten des ATSG

Mit Inkrafttreten des ATSG wurde koordinationsrechtlich der absolute Prioritätsgrundsatz verankert (Art. 64 ATSG). Demnach sind Ansprüche gegenüber nachfolgenden Sozialversicherungen ausgeschlossen, soweit ein Sozialversicherer leistungspflichtig ist. In Übereinstimmung mit Art. 27 KVG und Art. 110 KVV ist gemäss Art. 64 Abs. 2 ATSG die Krankenversicherung subsidiär zur Invalidenversicherung. Auch Art. 122 KVV wurde im Zuge des ATSG neu gefasst. Demnach liegt bei Sachleistungen eine Überentschädigung vor, soweit die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen namentlich die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten oder die ihr entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten übersteigen (Abs. 1 lit. b). Nach der Systematik des IVG sind allerdings die Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 13 und 14 IVG) nicht Heilbehandlungen, sondern Eingliederungsmassnahmen, die koordinationsrechtlich nicht unter Art. 64, sondern unter Art. 65 ATSG fallen würden. Dennoch hat das Bundesgericht in BGE 134 V 1 das Verhältnis zwischen den Leistungen der IV für Geburtsgebrechen und den Leistungen der Krankenversicherung als Anwendungsfall von Art. 64 ATSG behandelt. Das lässt sich damit begründen, dass die Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen ungeachtet der Gesetzessystematik materiell als eine Art Krankenversicherung zu betrachten sind (Mauer, Bundessozialversicherungsrecht, 1993, S. 153). So dachte denn wohl auch der Gesetzgeber bei Art. 64 ATSG an die Leistungen der IV für Geburtsgebrechen. Art. 64 ATSG stimmt damit im Ergebnis überein mit der Rechtslage, wie sie bei nahe liegender Auslegung von Art. 27 KVG bereits vorher bestand. Nach der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage schloss somit die Leistungspflicht der IV nach Art. 13 und 14 IVG eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für Heilbehandlungen aus. Dies galt namentlich auch für Hauspflegeentschädigungen (Art. 4 IVV), welche ihre Grundlage in Art. 14 IVG hatten (Urteil des BGer vom 10.6.2011, 9C_886/2010, Erw. 4.3 mit Hinweisen).

Nach Inkrafttreten der 4. IV-Revision

Im Rahmen der 4. IV-Revision wurde das Verhältnis der neuen IV-Pflegeleistungen zu UV und MV in der Botschaft diskutiert (BBI 2001 3249 f.) und im Gesetz geregelt (Art. 44 IVG), hingegen dasjenige zu den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV bloss in der Botschaft erwähnt, für eine nähere Regelung aber auf die vorgesehene Revision des KVG verwiesen (BBI 2001 3242 f.). Nach Wortlaut und Systematik des Gesetzes sind die Hilflosenentschädigungen nicht gleichartig im Sinne von Art. 110 KVV wie die Krankenpflegeleistungen. Das legt nahe, die bisherige Rechtsprechung weiterzuführen.

ren, da auch die Prioritätenordnung von Art. 64 ATSG nur mit Bezug auf Leistungen gleicher Art gilt, was im Verhältnis zwischen Pflegeleistungen der KV und Hilflosenentschädigungen nicht zutrifft. Zwar decken die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag mindestens teilweise auch Leistungen ab, welche die KV unter dem Titel Pflegeleistungen (und somit als Heilbehandlung) erbringt. Die ständige und besonders aufwändige Pflege bzw. die Behandlungs- und Grundpflege, welche nach Art. 37 Abs. 3 lit. c bzw. Art. 39 Abs. 2 IVV Voraussetzung für Hilflosenentschädigung bzw. Intensivpflegezuschlag sind, überschneidet sich materiell weitestgehend mit den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV.

Die Leistungen der IV decken damit mindestens teilweise die gleichen Leistungen ab, die auch zur Begründung der hier streitigen KV-Leistungen dienen. Dies kann aber wie bisher unter dem Titel der Überentschädigung berücksichtigt werden (Urteil des BGer vom 10.6.2011, 9C_886/2010, Erw. 4.4.4 mit Hinweisen).

Fazit

Insgesamt ist festzuhalten, dass Art. 27 KVG nicht ausschliesst, dass Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch an Personen erbracht werden, die Leistungen der IV nach Art. 13 und 14 IVG beziehen, da die auf diese Bestimmungen gestützten Leistungen gemäss Urteil 8C_81/2010 den Pflegeaufwand nicht abdecken. Diese Leistungskumulation steht jedoch unter dem Vorbehalt einer durch die Hilflosenentschädigung bzw. den Intensivpflegezuschlag bewirkten Überentschädigung (Art. 122 KVV). Unter der bis zur neuen Pflegefinanzierung geltenden Rechtslage rechtfertigt es sich im Sinne der Rechtskontinuität, die bisherige überentschädigungsrechtliche Rechtsprechung beizubehalten (Urteil des BGer vom 10.6.2011, 9C_886/2010, Erw. 4.5 mit Hinweisen).

Es wird sich aber zeigen müssen, wie praktikabel die Zuständigkeit von IV **und** Krankenversicherung ist und wie die Überentschädigungsberechnungen durchgeführt werden.

2.2 Medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG

Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (Urteil des BGer vom 27. Juli 2011, 9C_89/2011, Erw. 3.3 mit Hinweisen).

Die Einschränkung „bis zum vollendeten 20. Altersjahr“ wurde bei im Übrigen unverändertem Wortlaut mit der 5. IV-Revision ab 1. Januar 2008 in Art. 12 Abs. 1 IVG eingefügt. Unter der Geltung von Art. 12 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung durfte sich die medizinische Massnahme bei Erwachsenen nicht auf die Behandlung des Leidens an sich richten. Um eine Behandlung des Leidens an sich gehe es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens, so das EVG (AHI 2003, 104 E. 2). Die Rechtsprechung kannte von dieser Regel jedoch eine Ausnahme für nichterwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr. Diese gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 ATSG).

Nach der vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision gültigen Rechtsprechung konnten medizinische Vorkehren bei Jugendlichen deshalb schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der IV übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Diese Praxis legte Art. 12 Abs. 1 IVG also in Bezug auf unter 20-Jährige gegen den Wortlaut aus. Die Kosten einer Behandlung von Versicherten vor dem vollendeten 20. Altersjahr wurden von der IV getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglichenden stabilen pathologischen Zustand führen konnte. Im Rahmen der 5. IV-Revision sollte Art. 12 IVG nach dem Willen des Bundesrats ersatzlos gestrichen und sämtliche medizinischen Massnahmen sollten bei der Krankenversicherung angesiedelt werden. Das Parlament folgte diesem Vorschlag nicht und sprach sich dafür aus, dass die IV weiterhin bis zum 20. Altersjahr der versicherten Person im Rahmen der beruflichen Eingliederung für die medizinischen Massnahmen aufkommen müsse. Die Praxis, wonach bei Kindern und Jugendlichen selbst bei labilem Leidenscharakter bzw. Behandlung des Leidens an sich medizinische Mass-

nahmen übernommen wurden, wenn ohne diese eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, sollte beibehalten werden. Der seit 1. Januar 2008 in Kraft stehende Art. 12 Abs. 1 IVG ist daher nicht seinem Wortlaut getreu anzuwenden. Der dort festgeschriebene Grundsatz, dass die medizinische Massnahme nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sein darf, wie dies vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision praxisgemäss ausschliesslich bei über 20-Jährigen der Fall war, kann folglich weiterhin nicht ohne weiteres auf unter 20-Jährige übertragen werden (vgl. auch den Entscheid IV 2009/443+457 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2010, E. 3; bestätigt durch den Bundesgerichtsentscheid 9C_809/2010 vom 23. Dezember 2010). Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 24.8.2011, IV 2011/62, Erw. 3.2)

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den medizinischen Massnahmen stützt sich auf Art. 12 IVG, wonach nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, die "nicht auf die Behandlung des Leidens an sich", also nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Während dies bei Erwachsenen ohne weiteres galt (vgl. Art. 12 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung), sind bei Jugendlichen - ihrer körperlichen und geistigen Entwicklungsphase Rechnung tragend - medizinische Vorkehren trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn ohne diese in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Die Invalidenversicherung hat daher bei Jugendlichen - die Erfüllung der übrigen Voraussetzungen vorbehalten - nicht nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren zu übernehmen, sondern auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen. Diese Rechtsprechung wurde wiederholt bestätigt (Urteil des BGer vom 27. Juli 2011, 9C_89/2011, Erw. 3.2 mit Hinweisen). Dies gilt grundsätzlich auch für die psychiatrische Behandlung des Jugendlichen, wenn das psychische Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglichenden stabilen pathologischen Zustand führen würde. Die Therapie muss notwendig sein und darf nicht nur sinnvolle Unterstützungsmassnahme bilden. Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des herbeizuführenden Eingliederungserfolgs sind im Zeitpunkt vor Durch- bzw. Weiterführung der fraglichen Massnahme anhand des massgebenden medizinischen Sachverhalts prognostisch zu beurteilen (Urteil des BGer vom 23.12.2010, 9C_809/2010, Erw. 2.1 Urteil vom 23. Dezember 2010 mit Hinweisen).

3 Einzelfragen zur Leistungskoordination

Operative Behandlung eines Geburtsgebrechens

Werden die operative Behandlung 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. Im Übrigen hat das Eidgenössische 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) (BGer 134 V 8).

Sekundäre Folgen von Geburtsgebrehen

Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung kann sich auch auf die Behandlung von Gesundheitsschäden erstrecken, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, nach medizinischer Erfahrung aber häufig eine Folge davon sind. Notwendige Bedingung ist, dass zwischen diesen sekundären Folgen und dem Geburtsgebrehen ein qualifiziert adäquater Kausalzusammenhang besteht. Eine zeitliche Limitierung der Leistungspflicht für ein Geburtsgebrehen, wie

etwa in Ziff. 495 und 497 GgV-Anhang für die Dauer der Intensivbehandlung, gilt auch für allfällige sekundäre Folgen des Gebrechens (Urteil des BGer vom 7. Januar 2011, 9C_893/2010, Erw. 2.3 mit Hinweisen; für Geburtsgebrecchen nach Ziff. 494 und Ziff. 395 GgV vgl. BGer 129 V 207).

Für den qualifizierten Kausalzusammenhang zwischen Geburtsgebrecchen und sekundärem Gesundheitsschaden ist nicht das Beweismass des vollen Beweises zu fordern. Es besteht keine Veranlassung, von der ständigen Rechtsprechung abzuweichen, wonach im Sozialversicherungsrecht der - im konkreten Fall vorausgesetzte enge - natürliche Kausalzusammenhang mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist (Urteil des BGer vom 15. Juni 2010, 8C_80/2010, Erw. 4.2 mit Hinweisen).

Die Häufigkeit des sekundären Leidens stellt nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhanges dar (vgl. etwa das Urteil des BGer vom 26. Februar 2010, 9C_674/2009, Erw. 2.2 mit Hinweisen, in welchem der Anspruch im Zusammenhang mit den Geburtsgebrecchen GgV-Ziffer 243 [partielle Agenesie und Hypoplasie der Lungen] und GgV-Ziffer 326 [Angeborenes Immun-Defekt-Syndrom{IDS}] auf Kostengutsprache für zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen verneint wurde. Mit erwähntem Urteil vom 15. Juni 2010, 8C_80/2010, bejahte das Bundesgericht demgegenüber im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecchen GgV-Ziffer 387 im Anhang der GgV den Anspruch auf Übernahme der Ergotherapie für die Dauer von zwei Jahren als medizinische Massnahme).

Orphan Diseases

Im Entscheid vom 23. November 2010, 9C_334/2010 (= BGer 136 V 395) zur Übernahme der Kosten für ein Arzneimittel ausserhalb der Spezialitätenliste („Myozyme“) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung äussert sich das Bundesgericht erstmals zu den grundlegenden Fragen der Rationierung und den Grenzen der Finanzierung im Bereich des Gesundheitsrechts. Es umschreibt die finanziellen Spielräume der Gesellschaft und die zumutbaren Kosten in Bezug auf den Erhalt eines Menschenlebens. Ethische Gesichtspunkte lässt es nicht ausser Acht. Ihre Bedeutung wird angesichts der Knappheit der Mittel relativiert. Dieser vieldiskutierte Entscheid wird auch die Invalidenversicherung beschäftigen, da sich dort letztlich die gleichen Fragen stellen.

Zeitliche Dauer der absoluten Priorität

Der Artikel 64 ATSG tragende Prinzip der absoluten Priorität im Sinne der ausschliesslichen Leistungspflicht einer einzigen Sozialversicherung reicht in zeitlicher Hinsicht höchstens solange, wie noch eine Behandlung des "eigenen" Versicherungsfalles erfolgt. Es resp. Abs. 3 dieser Bestimmung kommt nicht zur Anwendung bei mehreren gleichzeitig im stationären Rahmen erbrachten Heilbehandlungen, welche voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden, allenfalls ein Geburtsgebrecchen, betreffen, die je für sich allein in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Versicherungen fallen. In diesen Fällen hat in der Regel eine Aufteilung der Kosten zu erfolgen, entsprechend den von den jeweiligen Sozialversicherungen zu übernehmenden Anteilen bei getrennter Behandlung der Schäden (Urteil des BGer vom 7. Januar 2011, 9C_893/2010, Erw. 2.2 mit Hinweisen).

Verhältnis unter den Versicherungen

Erst wenn entschieden ist, welcher Sozialversicherungszweig letztendlich leistungspflichtig ist, kann in einem nächsten Schritt der entsprechende Ausgleich gegenüber dem vorleistenden Sozialversicherungszweig in Frage kommen. Steht rechtskräftig fest, dass die IV-Stelle leistungspflichtig ist, kommt es zur Rückabwicklung der von der Krankenversicherung getätigten Vorleistung, wobei der Ausgleich das Verhältnis zwischen den Sozialversicherern betrifft (Urteil des BGer vom 14. Oktober 2008, 8C_236/2008, Erw. 8.1).

Anhang V: Finanzielle Auswirkungen der untersuchten Massnahmen zur Variante 3

Die Daten zu den untersuchten Varianten für die Kosten vor und nach Streichung von Leistungen bei der IV stammen aus der Leistungsstatistik der IV. Sie wurden über den Leistungscode 300 vergütet.

Streichung einmaliger, einfacher und kostengünstiger operativer Eingriffe bei Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung

Auf der nachfolgenden Tabelle sind Kosten von Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung aufgeführt, die mit einer einfachen, kostengünstigen Operation geheilt behandelt und geheilt werden können:

Tabelle 11: Kosten für geringfügige Geburtsgebrechen (Angaben 2011)

Geburtsgebrechen	Anzahl	Kosten in Mio. Franken	Durchschnittskosten pro Bezüger
angeborene Hauthypoplasien (GG 112)	10	0.03	2'593
kartilaginäre Exostosen (GG 124)	121	0.48	3'966
angeborene Trichterbrust (GG 163)	200	1.25	6'237
Coxa vara (GG 170)	10	0.04	4'003
Coxa antetorta (GG 171)	108	0.87	8'066
angeborene Tibia-Innen- und Aussentorsion (GG 178)	151	0.80	5'254
angeborene Sichel- oder Knickspreizfüsse (GG 180)	23	0.05	2'216
angeborener Plattfuss (GG 193),	59	0.22	3'750
kongenitaler gastro-oesophagealer Reflux (GG 280)	82	0.70	8'604
Leistenhernie (GG 303)	1'805	4.86	2'692
Kryptorchismus (GG 355)	1'620	3.94	2'431
Hydrocele testis et funiculi (GG 356)	460	0.83	1'804
Total	4'649	14.01	3'025

Quelle: IV-Statistik, gerundete Werte

Auswirkungen für die IV:

Die Ausgaben der IV reduzieren sich um 13 Mio. Franken pro Jahr (siehe Tabelle 12). Für die berufliche Integration sind diese Geburtsgebrechen nicht relevant.

Auswirkungen für die KV:

Beim Wegfall dieser Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung werden die Kosten von 13 Mio. Franken im Wesentlichen bei der KV anfallen. Gestützt auf Art. 27 KVG haben die KV Kosten in der Höhe von 10 Mio. Franken pro Jahr zu übernehmen; davon fallen 2 Mio. Franken auf stationäre medizinische Leistungen.

Auswirkungen für die Kantone:

Bei Streichung der Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung bei der IV steigen die Kosten bei den Kantonen pro Jahr um 3 Mio. Franken.

Auswirkungen für versicherte Personen:

Die Behandlungsbedürftigkeit der sog. geringfügigen Geburtsgebrechen wird *a priori* nicht in Frage gestellt. Für die Versicherten entfallen praktisch keine Kosten im Rahmen der Kostenbeteiligung an.

Tabelle 12: Kostenanteile IV, KV, Kanton vor und nach Streichung der geringfügigen Geburtsgebrechen bei der IV

	Aktuell (2011)		Neu			
	<i>IV</i>	<i>Kanton</i>	<i>IV</i>	<i>vP (altersabhängige Kostenbeteiligung)</i>	<i>KV</i>	<i>Kanton</i>
Kosten insgesamt	13	1	0	0	10	3
<i>Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Kosten medizinische Massnahmen</i>	13	1	0	0	12	3
<i>Davon stationäre Medizinaltarife</i>	4	1	0	0	3	3
<i>Davon ambulante Medizinaltarife</i>	6	0	0	0	6	0
<i>Davon andere Tarife (z.B. nicht-ärztliche Psychotherapien, Medikamente)</i>	3	0	0	0	3	0

Quelle: IV-Statistik, eigene Berechnungen (gerundete Werte)

Erforderliche Anpassungen:

Für eine Streichung einmaliger, einfacher und kostengünstiger operativer Eingriffe bei Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung ist eine Anpassung in der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), d. h. im Anhang Liste der Geburtsgebrechen, nötig.

Streichung medizinischer Massnahmen bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g (GgV-Ziffer 494)

Auswirkungen für die IV:

Bei Streichung der medizinischen Massnahmen für Neugeborene mit einem Gewicht unter 2000 g bis zum Gewicht von 3000 g würde die IV 69 Mio. Franken einsparen. Auf der Tabelle 13 sind die aktuellen Kosten für GgV-Ziffer 494 sowie die Transferkosten der medizinischen Massnahmen für die KV, den Kanton und die versicherten Personen im Zusammenhang mit der GgV-Ziffer 494 dargestellt ohne Unterscheidung, ob zusätzliche Geburtsgebrechen bestehen (Komorbiditäten) oder ob das Neugeborene nur aufgrund eines niedrigen Geburtsgebrechens hospitalisiert wurde.

Auswirkungen für die KV:

Medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung eines niedrigen Geburtsgewichtes allein werden neu von der KV übernommen. Somit entfallen auf die KV Kosten pro Jahr von 36 Mio. Franken, davon 35 Mio. Franken für stationäre medizinische Leistungen.

Auswirkungen für die Kantone:

Bei Streichung der Leistungen bei Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht allein steigen die Kosten pro Jahr bei den Kantonen um 24 Mio. Franken.

Auswirkungen für versicherte Personen:

Medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung eines niedrigen Geburtsgewichtes allein werden ohne Mehrkosten für die Versicherten von der KV und dem entsprechenden Kanton übernommen. Es können aber Reisekosten bei den Angehörigen anfallen, die nicht von der obligatorischen KV übernommen werden. Bei diesem Geburtsgebrechen fällt der Selbstbehalt, der bei Minderjährigen maximal 350.-- Franken pro Fall pro Jahr beträgt, im Kostenmodell in den Promillbereich, da auf eine kleine Anzahl von Kindern (1'815 pro Jahr) hohe durchschnittliche Kosten von 37'973 Franken pro Bezüger pro Jahr anfallen. Ebenso fällt bei Minderjährigen die Franchise weg (siehe Beschreibung des Modells für die Berechnung der Kostenaufteilung auf Seite 15).

Erforderliche Anpassungen:

Streichung der GgV-Ziffer 494 auf der Liste der von der IV anerkannten GG-Liste (Anhang 2 GgV). Auf Gesetzesstufe sind keine Anpassungen erforderlich.

Tabelle 13: Kostenanteile IV, KV, Kanton vor und nach Streichung der GgV-Ziffer 494 (mit Komorbiditäten)

	Aktuell (2011)		Neu			
	IV	Kanton	IV	vP (altersabhängige Kostenbeteiligung)	KV	Kanton
Kosten insgesamt	69	15	0	0	39	45
<i>Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Kosten medizinische Massnahmen</i>	69	15	0	0	37	45
<i>Davon stationäre Medizinaltarife</i>	67	15	0	0	37	45
<i>Davon ambulante Medizinaltarife</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Davon andere Tarife (z.B. Medikamente)</i>	2	0	0	0	2	0

Quelle: IV-Statistik, eigene Berechnungen (gerundete Werte)

Medizinische Massnahmen bei einem niedrigen Geburtsgewicht ohne zusätzliche Geburtsgebrechen sind reine Behandlungsmassnahmen des Leidens an sich und eine Streichung hätte keinen Einfluss auf eine spätere berufliche Eingliederung der Kinder. Die stationären Massnahmen im Zusammenhang mit einem niedrigen Geburtsgewicht allein würden von der KV und vom Kanton übernommen. Die IV übernimmt aber weiterhin die Kosten für die medizinischen Massnahmen in der Höhe von 45 Mio. Franken für diejenigen Neugeborenen, meist Frühgeburten, welche zusätzlich zum niedrigen Geburtsgewicht weitere Geburtsgebrechen haben (sog. Komorbiditäten), wie z.B. das Syndrom der hyalinen Membranen in der Lunge, angeborene Herzfehler, Cerebralparese, die von der IV anerkannt sind. Wird nur der Anteil der GgV-Ziffer ohne Komorbiditäten verschoben wie dies die Variante 3 vorsieht, so würden neu auf die KV 11 an Stelle der 37 Mio. Franken entfallen und auf den Kanton zusätzliche Kosten von 13 Mio. Franken.

Streichung zahnärztlicher, kieferchirurgischer und kieferorthopädischer Behandlungen bei Missbildungen des Kauapparates (GgV-Ziffern 201–210)

Auswirkungen für die IV:

Die Einsparungen bei der IV belaufen sich bei einer Streichung der zahnärztlichen, kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Leistungen in der IV auf 78 Mio. Franken pro Jahr (siehe Tabelle 14).

Auswirkungen für die KV:

Bei Streichung der medizinischen Massnahmen für zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungen bei der IV entfallen auf die KV pro Jahr 74 Mio. Franken, davon 1 Mio. Franken für stationäre medizinische Leistungen.

Auswirkungen für die Kantone:

Bei Streichung der medizinischen Massnahmen für die zahnärztlichen, kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlungen für die GgV-Ziffern 201–210 bei der IV bleiben die Kosten bei den Kantonen pro Jahr bei 1 Mio. Franken.

Auswirkungen für versicherte Personen:

Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Leistungen für die GgV-Ziffern 201 bis 210 entsprechen reinen Leidensbehandlungen, da diese Gebrechen sich nicht auf die schulische und berufliche Eingliederung des Kindes auswirken. Bei Streichung dieser Massnahmen bei der IV entstehen den Versicherten Kosten von 4 Mio. Franken pro Jahr im Rahmen der Kostenbeteiligung.

Anpassungen für die IV:

Streichung der GgV-Ziffern 201 bis 210 aus der Liste der Geburtsgebrechen.

Tabelle 14: Kostenanteile IV, KV, Kanton vor und nach Streichung der GgV-Ziffern 201-210

	Aktuell (2011)		Neu			
	IV	Kanton	IV	vP (altersabhängige Kostenbeteiligung)	KV	Kanton
Kosten insgesamt	78	1	0	4	74	1
<i>Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Kosten medizinische Massnahmen</i>	78	1	0	4	74	1
<i>Davon stationäre Medizinaltarife</i>	1.3	1	0	0	1	1
<i>Davon ambulante Medizinaltarife</i>	3.8	0	0	0	4	0
<i>Davon andere Tarife (z.B. kieferorthopädische Abklärungen und Behandlungen)</i>	73	0	0	4	69	0

Quelle: IV-Statistik, eigene Berechnungen (gerundete Werte)

Anpassung der Altersgrenze bei Geburtsgebrechen von 20 auf 18 Jahre

Auswirkungen für die IV:

Nach Herabsetzung der Altersgrenze auf 18 Jahre spart die IV schätzungsweise 46 Mio. Franken pro Jahr ein (siehe Tabelle 15). Es bleiben 1 Mio. Franken für nicht-medizinische Massnahmen, wie z.B. gewisse Hilfsmittel, bei der IV. Es ist jedoch zu erwarten, dass kostspielige Eingriffe früher bei der IV angemeldet werden als heute, z.B. kieferorthopädische Eingriffe bei angeborener Kleinheit des Unterkiefers (GgV-Ziffer 208) oder angeborenem offenem Biss (GgV-Ziffer 209) oder angeborenem Vorstehen des Unterkiefers (GgV-Ziffer 210).

Auswirkungen für die KV:

Nach Herabsetzung der Altersgrenze auf 18. Jahre entfallen auf die KV Kosten in der Höhe von schätzungsweise 35 Mio. Franken pro Jahr, davon 11 Mio. Franken für stationäre medizinische Leistungen.

Auswirkungen für die Kantone:

Nach Herabsetzung der Altersgrenze bei der IV auf das vollendete 18. Lebensjahr steigen die Kosten bei den Kantonen pro Jahr um schätzungsweise 9 Mio. Franken.

Auswirkungen für versicherte Personen:

Den versicherten Personen entstehen Kosten im Rahmen der altersabhängigen Kostenbeteiligung von schätzungsweise 1 Mio. Franken pro Jahr für ambulante Behandlungen.

Erforderliche Anpassungen:

Erfordert eine Anpassung von Art. 12 Abs. 1 und Art. 13 Abs. 1 IVG.

Tabelle 15: Geschätzte Kostenanteile IV, KV, Kanton vor und nach Anpassung der Altersgrenze

	Aktuell (2011)		Neu			
	<i>IV</i>	<i>Kanton</i>	<i>IV</i>	<i>vP (altersabhängige Kostenbeteiligung)</i>	<i>KV</i>	<i>Kanton</i>
Kosten insgesamt	46	5	1	1	35	14
<i>Kosten nicht-medizinische Massnahmen (z.B. gewisse Hilfsmittel)</i>	1	0	1	0	0	0
<i>Kosten medizinische Massnahmen</i>	45	5	1	1	35	14
<i>Davon stationäre Medizinaltarife</i>	20	5	0	0	11	14
<i>Davon ambulante Medizinaltarife</i>	20	0	0	1	19	0
<i>Davon andere Tarife (z.B. nicht-ärztlichen Psychotherapien, Medikamente)</i>	5	0	0	0	5	0

Quelle: IV-Statistik, eigene Berechnungen (gerundete Werte)