

EMPFEHLUNGEN ZUR ANWENDUNG VON UVG UND UVV

Nr. 1/92 Medizinische Abklärungskosten in abgelehnten Fällen

ATSG Art. 45 Abs. 1

1. Versicherungsinterne Abklärungen:

Die Kosten versicherungsinterner medizinischer Abklärungen sind von demjenigen Versicherer zu übernehmen, bei dem sie anfallen.

2. Versicherungsexterne Abklärungen:

Im Falle einer Leistungsablehnung sind externe, medizinische Abklärungsmassnahmen dann vom Unfallversicherer zu übernehmen, wenn

- es sich um eine rein diagnostische Massnahme ohne Behandlungskomponente (beispielsweise Röntgen, diagnostische Arthroskopien) handelt, die zur Beurteilung des Anspruchs notwendig war oder
- sie vom Unfallversicherer angeordnet wurde oder
- die Abklärungsmassnahme Bestandteil einer nachträglich zugesprochenen Leistung ist.

Ist eines dieser Kriterien erfüllt, besteht eine Leistungspflicht für die gesamte Abklärungsmassnahme, d. h. für alle in Frage kommenden Abklärungsschritte (z. B. Arztzeugnisse, Untersuchungen, Gutachten) inklusive ihrer Folgen (Art. 10 UVV).

Demgegenüber gehen medizinische Massnahmen, die unabhängig vom Kostenträger veranlasst worden sind, sei es mit Blick auf die Behandlung oder zu kurativen Zwecken, nicht zu Lasten des Unfallversicherers.

3. Bei Zuständigkeit eines anderen Unfallversicherers oder der Militärversicherung:

Erfolgt die Leistungsablehnung wegen der Zuständigkeit eines anderen Unfallversicherers oder der Militärversicherung sind sämtliche externen Kosten und Behandlungsmassnahmen vom zuständigen Versicherer zu tragen.