



Fall-Nr.: IV 2014/221
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.10.2019
Entscheiddatum: 11.01.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 11.01.2016

Art. 12 Abs. 1 IVG, Art. 13 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 GgV, Ziff. 177 Anhang GgV. Eine Kostenübernahme gestützt auf Ziff. 177 Anhang GgV ist nicht möglich, da es sich bei der Knick-/Senkfüssigkeit nur um ein geringfügiges angeborenes Leiden handelt. Die Kosten für die Behandlung der Knick-/Senkfüssigkeit sind jedoch gestützt auf Art. 13 Abs. 2 IVG zu übernehmen, da ohne eine Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Januar 2016, IV 2014/221).

Besetzung

Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2014/221

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch **B.**____,



St.Galler Gerichte

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.____ wurde am 13. September 2013 von seinen Eltern bei der Invalidenversicherung angemeldet für Hilfsmittel (Orthesen) und medizinische Massnahmen (Physiotherapie wenn nötig) wegen „ausgeprägter Knick-Senkfuss und verkürzter Achillessehne“ seit Geburt. Die Behandlung sei von September 2011 bis am 16. April 2013 im Kinderspital St. Gallen (Orthopädie) erfolgt, seit 11. September 2013 finde die Behandlung in der Klinik C.____ (Orthopädie) statt. Seit September 2011 trage der Versicherte Orthesen links und rechts (IV-act. 1). Am 1. Oktober 2013 berichtete Dr. med. D.____, Oberärztin der Kinderorthopädie an der Klinik C.____, der Versicherte leide an radiologisch ausgeprägtester Knick-/Senkfüssigkeit links mehr als rechts bei erheblicher Verkürzung der Trizeps-surae-Muskulatur mit deutlicher Vergrösserung des talocalcarearen Öffnungswinkels. Bei auskorrigiertem Fuss zeige sich eine Spitzfüssigkeit (von ca. 10 cm links, rechts Dorsalextension knapp über die Neutrale). Durch diese Verkürzung der Achillessehne werde der Fuss weiterhin in den Rückfussvalgus gedrängt. Daher sei die Indikation zur percutanen alternierenden Achillessehnenverlängerung beidseits zu stellen, damit sich der Fuss während des weiteren Wachstums aufrichten könne. Im Anschluss seien Unterschenkelgehgipse für vier Wochen anzulegen. Nach Entfernung des Gipses seien schalenförmige Rückfussorthesen nach Mass mindestens ein Jahr zu tragen. Im Verlauf sei mit einer deutlichen Verbesserung der Fussstellung zu rechnen. Es liege das Geburtsgebrechen Nr. 177 vor (IV-act. 9-4/6 oben). Die Operation fand am 21. Oktober 2013 statt (IV-act. 8). Gemäss Voranschlag war mit Kosten für die (neuen) Fussorthesen von Fr. 1'432.75 zu rechnen (IV-act. 10). RAD-Arzt Dr. med. E.____,



St.Galler Gerichte

praktischer Arzt FMH, beurteilte das Gesuch am 29. Januar 2014 aus versicherungsmedizinischer Sicht und stellte fest, es bestehe kein Hinweis für ein Geburtsgebrechen aus dem Kapitel „Gelenke, Muskeln und Sehnen“. Für das Geburtsgebrechen Nr. 177 aus dem Kapitel „regionale Skelettmissbildungen-Extremitäten“ seien die Voraussetzungen nicht erfüllt. Bei fehlendem Geburtsgebrechen bestehe kein Leistungsanspruch bei der IV, ebenfalls nicht für die propriozeptiven Schalenfussorthesen DFO als Behandlungsgerät (IV-act. 11).

B.

B.a Mit einem Vorbescheid vom 4. Februar 2014 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsgesuch gestützt auf Art. 13 IVG sowie die Stellungnahme des RAD abzuweisen (IV-act. 14). Dagegen wandte der Vater des Versicherten am 18. Februar 2014 ein, nach verschiedenen erfolglos durchgeführten nicht operativen Therapie- und Heilungsmassnahmen am Kinderspital St. Gallen sei als Sofortmassnahme in der Klinik C.____ die Operation beider Füsse vorgenommen worden, weitere Operationen seien in Aussicht gestellt worden. Diese Operationen machten nur Sinn bzw. seien erfolgsversprechend, wenn Spezial-Fussorthesen und Spezialschuhe getragen würden. Er bitte um Überarbeitung des Vorbescheids (IV-act. 15). Mit Verfügung vom 25. März 2015 lehnte die IV-Stelle das Leistungsgesuch im Sinn des Vorbescheids ab (IV-act. 16). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe bei fehlendem Geburtsgebrechen nach GgV kein Leistungsanspruch bei der IV, auch nicht für die Schalenfussorthesen als Behandlungsgerät. Die Anspruchsvoraussetzungen für Hilfsmittelleistungen seien ebenfalls nicht erfüllt, da die Orthesen der Behandlung der Fussfehlstellung dienen (IV-act. 16).

B.b Die behandelnde Oberärztin der Klinik C.____, Dr. D.____, wandte sich am 9. April 2014 an die SVA/IV-Stelle und führte ergänzend zum Einwandschreiben aus, beim Versicherten zeige sich eine ausgeprägte Knick-/Senkfüssigkeit im Sinn eines Talus obliquus, also eine Fehlstellung des Skeletts im Sinn eines skelettalen Leidens entsprechend GgV 177. Ziel der Behandlung im Sinn einer Achillessehnenverlängerung sei das Aufrichten des Fusses, also eine Normalisierung der skelettalen Stellung des Fusses. Bei Verzicht auf die Behandlung sei mit erheblichen Folgeproblemen zu rechnen. Auch sie bat um nochmalige Prüfung des Entscheids (IV-act. 17).



C.

C.a Gegen die Verfügung vom 25. März 2014 reichte der Vater des Versicherten (nachfolgend Beschwerdeführer) als dessen Vertreter am 17. April 2014 Beschwerde ein und beantragte aufgrund des Berichts von Dr. D.____ vom 9. April 2014 die Anerkennung des Anspruchs auf medizinische Massnahmen zur Behandlung eines anerkannten Geburtsgebrechens (act. G 1).

C.b In einer Stellungnahme bemängelt nunmehr RAD-Arzt Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH, am 28. Mai 2015, Dr. D.____ gebe nicht bekannt, ob dieses skelettale Leiden erworben oder angeboren sei. Unter Verweis auf Fachliteratur erklärte er, der flexible Plattfuss mit verkürzter Triceps-surae-Muskulatur werde auch Talus obliquus genannt. Bei diesem sei die Stellung des Talus nicht fixiert, sondern eben flexibel, es bestehe also keine stabile Veränderung. Der flexible Plattfuss beginne im Alter von etwa zwei Jahren und habe seine volle Ausprägung mit fünf bis sechs Jahren. Die primären Ursachen für den flexiblen Plattfuss und damit für den talus obliquus seien eine Bandlaxizität, eine konstituelle Veranlagung, Übergewicht und Muskelschwäche und damit nicht primär eine Skelettdeformität. Der flexible Plattfuss sei assoziiert mit angeborenen Störungen des Bindegewebes. Solche Störungen lägen beim Versicherten nicht vor. Aufgrund der eindeutigen Tatsachen liege demnach keine primäre skelettale Störung vor, die dem GG 177 zugeordnet werden könnte. Im Bereich der GG für Gelenke, Muskeln und Sehnen, denen der kongenitale Plattfuss (GG 193) zugeordnet sei, gebe es keine entsprechende GG-Ziffer für den talus obliquus, da diese Veränderung nicht angeboren sei und erst mit zunehmendem Alter aufgrund einer Bandlaxizität entstehe. Damit sei es auch nicht möglich, die für die Behandlung des flexiblen Plattfusses benötigte Orthese zu übernehmen. Die Krankenkasse sei für die Übernahme der Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung zuständig (IV-act. 23).

C.c Am 13. Juni 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde mit generellen Ausführungen zu Art. 12 und 13 IVG und auf die Stellungnahme des RAD vom 28. Mai 2014. Der RAD habe ausführlich dargelegt, warum beim Beschwerdeführer keine Skelettdeformität vorliege, weshalb auch keine Subsumtion unter eine andere Ziffer der Liste der Geburtsgebrechen möglich sei. Die



abweisende Verfügung sei daher korrekt. Auch eine Kostenübernahme gemäss Art. 12 IVG komme nicht in Frage, weil die Grundvoraussetzung dazu nicht erfüllt sei: Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 bedingen eine abgeschlossene Behandlung der Krankheit mit einem zurückbleibenden Gesundheitsschaden, der ohne weitere Behandlung stabil bleibe. Bei Minderjährigen könne die IV medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG jedoch ausnahmsweise übernehmen, wenn noch nicht stabile oder relativ stabilisierte Zustände beständen, nämlich dann, wenn die auszuführende Massnahme mit hinlänglicher Zuverlässigkeit erwarten lasse, dass damit einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorgebeugt werden könne, der sich wesentlich auf die Erwerbsfähigkeit oder Berufsbildung auswirken würde (Art. 8 Abs. 2 ATSG, Art. 5 Abs. 2 IVG, Rz 54 KSME). Bei nicht erwerbstätigen minderjährigen Versicherten könnten die Massnahmen zur Verhütung oder Verzögerung einer Defektheilung oder eines sonst wie stabilisierten Zustandes wohl eine gewisse Zeit andauern, sie dürften jedoch nicht Dauercharakter tragen, d.h. zeitlich nicht unbegrenzt erforderlich sein. Dabei müsse hinlänglich Wahrscheinlichkeit dafür bestehen, dass die Prognose günstig sei (Rz 63 KSME). Das Ziel der beim Beschwerdeführer durchgeführten Behandlung sei die Normalisierung der Stellung des Fusses, somit keine Massnahme, die später einen drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorbeuge, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung auswirken würde, sondern es gehe um eine eigentliche Leidensbehandlung sowie Prävention, welche nicht in den Bereich der IV gehöre. Folglich komme eine Übernahme der Behandlung bzw. Behandlungsgeräte auch über Art. 12 IVG nicht in Frage (act. G 4).

C.d Zum Schreiben von Dr. D.____ nahm RAD-Arzt Dr. E.____ am 15. Juli 2014 und damit nach Erlass der Verfügung Stellung. Er führte aus, die Einschätzung von Dr. D.____ sei aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht korrekt, es handle sich nicht um eine skelettale Pathologie. Bezogen auf die Liste der Geburtsgebrechen sei Kapitel II Skelett (GG 121 bis 178) nicht massgebend. Eine Zuordnung der ausgeprägtesten Knick-/Senkfüssigkeit zu GG 177 sei nicht möglich und wäre falsch. Vielmehr müsse Kapitel III Gelenke, Muskeln und Sehnen (GG 180 bis 195) beachtet werden; die ausgeprägteste Knick-/Senkfüssigkeit müsste einem GG der Ziffern 180 bis 195 zugeordnet werden können, damit eine Leistungspflicht der IV zu begründen wäre. Das sei aber aus medizinischer Sicht nicht möglich (act. G 6).



C.e Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 8).

Erwägungen

1.

Strittig ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf die Übernahme der Behandlungskosten für die beantragten medizinischen Massnahmen hat.

2.

2.1 Versicherte haben bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, abgekürzt: IVG, SR 831.20). Als Geburtsgebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden, gelten die im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (abgekürzt: GgV, SR 831.232.21) aufgelisteten Leiden (Art. 13 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, abgekürzt: IVV, SR 831.201 i.V.m. Art. 1 Abs. 2 GgV). Als Geburtsgebrechen im Sinn von Art. 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV). Dazu zählen unter anderem angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten, sofern eine Operation, eine Apparateversorgung oder ein Gipsverband notwendig sind (Ziffer 177 Anhang GgV, Liste der Geburtsgebrechen), und angeborene Plattfüsse, sofern eine Operation oder ein Gipsverband notwendig sind (Ziffer 193 Anhang GgV).

2.2 Gemäss der Regelung für Geburtsgebrechen bezeichnet gemäss Art. 13 Abs. 2 erster Satz IVG der Bundesrat die Gebrechen, für welche diese medizinischen Massnahmen gewährt werden. 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). Sie umfassen nach Art. 14 Abs. 1 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) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien.



2.3 Gemäss Rz 177.1 des bundesamtlichen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, in der vorliegend anwendbaren ab 1. März 2014 geltenden Fassung) gelten bestimmte unbedeutende anatomische Skelettvarietäten bei den übrigen angeborenen Defekten und Missbildungen der Extremitäten unter dem Kapitel „regionale Skelettmissbildungen – Extremitäten“, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind, ausdrücklich nicht als Geburtsgebrechen. Die ausgeprägte Knick-/ Senkfüssigkeit des Beschwerdeführers wird vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (abgekürzt: RAD) nicht primär als eine Skelettdeformität eingeordnet, sondern vielmehr einer Bandlaxizität zufolge konstitueller Veranlagung zugeschrieben, die sich erst im Alter von etwa zwei Jahren zu zeigen beginne und ihre volle Ausprägung im Alter von fünf bis sechs Jahren habe. Es liege also keine primäre skelettale Störung vor, die dem GG 177 zugeordnet werden könne. Der RAD ging demnach davon aus, dass der Gesundheitsschaden erworben und nicht angeboren sei.

2.4 Als Knickfuss bezeichnet der Mediziner eine krankhafte Fehlstellung des Fusses mit einer Senkung am inneren Fussrand und einer Anhebung des äusseren Fussrandes. Eine stark ausgeprägte derartige Fehlstellung wird auch Talus obliquus genannt. Bei schweren Knicksenkfüssen und verkürzter Trizeps-surae-Muskulatur sind der Hochstand der Ferse und die Deviation (Abweichung) des Talus sehr ausgeprägt. Eine frühzeitige Erkennung dieser Sondersituation sei entscheidend, da eine alleinige perkutane Tenotomie (chirurgische Verlängerung einer verkürzten Sehne) der Achillessehne mit einer Ruhigstellung im Gehgips bei reponiertem Fuss für wenige Wochen die Prognose sehr positiv ändern könne. Symptomatische Knicksenkfüsse zeigten sich in der Regel erst bei älteren Kindern ab dem 7. bis 8. Lebensjahr, eine echte operative Fussaufrichtung (Calcaneus-Verlängerung nach Evans) sei erst ab diesem Alter zu diskutieren (Dr. med. Rafael Velasco, Chefarzt Kinder- und Jugendorthopädie an der Schulthess Klinik Zürich, Facharzt für Orthopädische Chirurgie; Fussdeformitäten im Kindesalter, in: Pädiatrie 2/2012, S. 9 bis 16, Schwerpunkt, www.tellmed.ch).

2.5 Die medizinische Darlegung des RAD vom 28. Mai 2015 ist gestützt auf die zitierte Fachliteratur insofern nachvollziehbar, als die skelettale Beteiligung an der



festgestellten ausgeprägten Fehlstellung der Füsse des Beschwerdeführers (Knick-/ Senkfüssigkeit) zu geringfügig sei, um eine Subsumtion unter die Ziffer II der Liste der Geburtsgebrechen, Kapitel d. Extremitäten, und damit unter das Geburtsgebrechen Nr. 177 zu rechtfertigen. Eine Kostenübernahme der angebehrten Massnahmen gestützt auf Art. 13 IVG kommt daher nicht in Frage.

3.

3.1 Zu prüfen bleibt, ob eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gemäss Art. 12 IVG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 IVG in Betracht fällt.

3.2 Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung der 5. IV-Revision) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in das Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Dem Wortlaut dieser Bestimmung lässt sich nicht entnehmen, was unter einer medizinischen Massnahme zu verstehen ist. Der Gesetzgeber hat auf eine Umschreibung der medizinischen Massnahmen verzichtet, weil er offenbar davon ausgegangen ist, dass sich die Bedeutung aus den Bestimmungen anderer Sozialversicherungszweige (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung) betreffend die Heilbehandlungsleistungen ableiten lasse. Deshalb rechtfertigt es sich, etwa den Regelungsinhalt des Art. 25 KVG per analogiam zu übernehmen: Medizinische Massnahmen bestehen in der Diagnose und der Behandlung von Krankheiten. Da in Fällen wie dem vorliegenden auch die Leistungsvoraussetzungen der obligatorischen Krankenversicherung (KV) erfüllt sind, besteht ein Koordinationsbedarf, denn es macht offensichtlich keinen Sinn, einer versicherten Person eine Sachleistung (Art. 14 ATSG) zweimal zu erbringen, d.h. sie sozusagen „doppelt“ medizinisch behandeln zu lassen. Damit kommt als Koordinationslösung nur die ausschliessliche Leistungspflicht eines der beiden grundsätzlich leistungspflichtigen Sozialversicherungszweige IV und KV in Frage (Art. 64 Abs. 1 ATSG). 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 (BGE 104 V 79 E.



1 S. 81; 102 V 40 E. 1 S. 41; Urteil 9C_452/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 2.1; vgl. auch Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2015, IV 2014/ 128). Die IV geht der KV nur vor (Art. 64 Abs. 2 ATSG), wenn im konkreten Fall die Leistungsvoraussetzungen der IV erfüllt sind. Denn tatsächlich enthält Art. 12 Abs. 1 IVG einen entsprechenden Vorbehalt: Nach der Rechtsprechung sind nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung zu übernehmen, die nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Bei Jugendlichen sind, der 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 (BGE 98 V 214 E. 2; 105 V 19 S. 20). Die Invalidenversicherung hat daher bei Jugendlichen nicht nur die 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_912/2014 vom 7. Mai 2015 E. 1.2; BGE 105 V 19 S. 20; AHI 2000 S. 63 E. 1; AHI 2003 S. 103 E. 2; Urteil I 23/04 vom 23. September 2004 E. 4.1)

3.3 Nur wenn die Heilbehandlung diese Bedingung erfüllt, geht die Pflicht der IV, diese zu übernehmen, der entsprechenden Pflicht der KV vor. Die gesetzliche Regelung der Leistungspflicht der KV weist keine Einschränkung auf. Zu prüfen ist somit, ob die Fussoperationen (durchgeführt am 21. Oktober 2013), die Orthesen und allenfalls die Physiotherapie unmittelbar auf die Eingliederung gerichtet und zudem geeignet gewesen sind bzw. noch sind, die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren.

4.

4.1 Praxisgemäss dienen medizinischen Massnahmen bei Personen, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, „schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung [...], 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“ (Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet von Ulrich Meyer und Marco Reichmuth, 3. A., S. 142). Die Beschwerdegegnerin hat zur Begründung ihrer Abweisung des Leistungsgesuches einerseits geltend gemacht, es liege kein Geburtsgebrechen vor, und andererseits, bei den beantragten Behandlungsgeräten handle es sich nicht um Hilfsmittel im Sinn der Invalidenversicherung. Behandlungsgeräte könnten nur übernommen werden, wenn sie im Zusammenhang mit einer von der Invalidenversicherung zugesprochenen medizinischen Eingliederungsmassnahme erforderlich seien. Da das Leiden keinem Geburtsgebrechen zugeordnet werden könne, könnten auch die propriozeptiven Schalen-Fussorthesen DFO nicht als Behandlungsgerät übernommen werden, die Orthesen würden der Behandlung der Fussfehlstellung dienen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort festgehalten, das Ziel der beim Beschwerdeführer durchgeführten Behandlung sei die Normalisierung der Stellung des Fusses, somit keine Massnahme, die später einem drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorbeuge, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsausbildung auswirken würde, sondern es gehe um eine eigentliche Leidensbehandlung sowie Prävention, welche nicht in den Bereich der IV gehöre. Demgegenüber hat Frau Dr. D. ___ ausgeführt, Ziel der Behandlung im Sinn einer Achillessehnenverlängerung sei das Aufrichten des Fusses, also eine Normalisierung der skelettalen Stellung des Fusses. Bei Verzicht auf die Behandlung sei mit erheblichen Folgeproblemen zu rechnen. Genauere Ausführungen zu solchen Folgeproblemen im direkten Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit oder Berufsausbildung hat sie nicht genannt. Der RAD hat sich zu den Folgen einer unbehandelten Fussfehlstellung mit Bezug auf Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit überhaupt nicht geäussert.

4.3 Wie der bereits zitierten Fachliteratur zu entnehmen ist, kann die Verkürzung der Trizeps-surae-Muskulatur einen negativen Einfluss auf die Entstehung und weitere Entwicklung eines kindlichen Knicksenkfusses haben. Die Verkürzung der Trizeps-surae-Muskulatur sei prognostisch ungünstig, da der Talus sozusagen gezwungen werde, nach medio-plantar zu subluxieren. Somit werde im weiteren Wachstumsverlauf



die spontane Fussafrichtung, die normalerweise im Laufe der ersten Dekade stattfindet, gebremst bzw. verhindert (a.a.O., S. 13 und 14). Der Beschwerdeführer wäre demnach ohne die Korrekturoperation mit der anschliessend notwendigen Behandlung aufgrund der Fussfehlstellung möglicherweise nicht mehr fähig gewesen, ein normales Gangbild zu zeigen, lange zu stehen, allenfalls zu rennen oder uneingeschränkt sportliche Aktivitäten auszuüben. Ohne die Behandlung hätte also überwiegend wahrscheinlich eine Einschränkung der Berufsziele/Berufsausbildung resultiert, weil nicht alle Berufe in Frage gekommen wären, bei denen längere Zeit gestanden oder auch gegangen werden muss. Eine nicht behandelte Fussfehlstellung in der sehr ausgeprägten Form wie vorliegend ist als stabilisierter Defekt zu betrachten, weil er eine dauerhafte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Fusses zur Folge hat oder überwiegend wahrscheinlich haben kann. Der Eintritt eines stabilisierten (Defekt-) Zustandes (bei einem fiktiven Unterbleiben der Behandlung) im vorliegenden Fall ist somit überwiegend wahrscheinlich. Diese Annahme wird von der Beschwerdegegnerin insofern mitgetragen, als sie in der ablehnenden Leistungsverfügung davon gesprochen hat, dass der Beschwerdeführer seit Geburt an einem schweren Fussproblem leide und die Fussorthesen für die Behandlung eingesetzt würden. Es ist demnach nicht davon auszugehen, dass ohne medizinische Massnahmen die Fussfehlstellung einfach folgenlos (bzw. mit einer geringen und damit irrelevanten Beeinträchtigung der Funktion der Füsse) abgeheilt wäre. Wenn damit zu rechnen ist, dass bei Ausbleiben der (indizierten und durchgeführten) Achillessehnenverlängerung ein stabilisierter Zustand einträte, der die normale Funktion der Füsse erheblich beeinträchtigen würde, muss das ausreichen, um im Fall des Beschwerdeführers eine Eingliederungsrelevanz der Operation und der nachfolgenden Versorgung samt allfälliger Physiotherapie zu bejahen.

5.

5.1 Zu beurteilen bleibt, ob die Konsequenz eines (fiktiven) Unterbleibens der Operation samt Nachbehandlung, nämlich der Eintritt eines stabilisierten Gesundheitszustandes, die Berufsbildung und/oder die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers erheblich beeinträchtigt. Die Beschwerdegegnerin hat sich dazu nicht vernehmen lassen. Sie hat nur behauptet, eine wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung liege nicht vor, es gehe „nur“ um eine eigentliche



Leidensbehandlung und Prävention, welche nicht in den Bereich der IV gehöre. Sie hätte diesbezüglich ins Feld führen können, der Beschwerdeführer könne eine Beeinträchtigung seiner Berufsausbildung dadurch verhindern, dass er einen Beruf wähle, bei dessen Ausübung er durch die reduzierte Funktionsfähigkeit seiner Füsse nicht benachteiligt wäre. Die Berufsbildungsfähigkeit wäre nämlich nur für jene (belastenden) Berufe aufgehoben, in denen sich die Funktionseinschränkung der Füsse auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Dem wäre entgegen zu halten, dass sich damit die Zahl der für den Beschwerdeführer noch in Frage kommenden Berufe erheblich verminderte (Berufe mit viel Gehen, Stehen, z.B. Gärtner, Verkäufer wären nicht möglich). Der Beschwerdeführer wäre in seiner Berufswahl also stark eingeschränkt. Das überdehnt seine auf die Vermeidung eines Bedarfs nach einer Leistung nach Art. 12 IVG gerichtete Schadenminderungspflicht doch sehr. Die Kosten für die Diagnosestellung, die Operation(en), die Behandlungsgeräte (Orthesen) und die anschliessende Therapie, die dadurch hätten eingespart werden können, hätten nämlich in einem grossen Missverhältnis zur Einschränkung des Beschwerdeführers bezüglich seiner beruflichen Zukunft gestanden.

5.2 Schliesslich ist zu prüfen, ob die bisher durchgeführten Operationen (beidseitige Achillessehnenverlängerung) geeignet waren, den Eintritt eines die Berufsbildungsfähigkeit beeinträchtigenden stabilisierten Krankheitszustandes zu verhindern, ob also nicht trotz der Operation die Gefahr bestanden hat, dass eine erhebliche Funktionseinbusse der Füsse auftreten würde. Der Bericht der behandelnden Ärztin Dr. D.____ enthält keinen Hinweis darauf, dass der längerfristige Erfolg der Operation unsicher gewesen wäre, vielmehr erklärte sie, im Verlauf sei mit einer deutlichen Verbesserung der Fussstellung zu rechnen. Auch in der zitierten Fachliteratur wird von einer sehr positiven Prognose ausgegangen (a.a.O. S. 14). Aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises im Bericht der behandelnden Ärztin kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden, dass die durchgeführten Operationen an beiden Füssen mit anschliessender Gips- und Orthesenversorgung sowie allenfalls Physiotherapie geeignet waren, die Berufsbildungsfähigkeit und möglicherweise auch die spätere Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren (Defektprophylaxe).

6.



6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die Anwendbarkeit des Art. 12 IVG und damit einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu verpflichten, die Kosten der Achillessehnenverlängerung an beiden Füßen, der vorangehenden Diagnosestellung, der zur Rehabilitation erforderlichen Gips- und Orthesen-Versorgung samt allfälliger weiterer medizinisch notwendiger Therapieleistungen zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin wird in diesem Sinne neu zu verfügen haben. Dazu ist die Sache an sie zurückzuweisen.

6.2 Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Vater des Beschwerdeführers zurückerstattet. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr zu bezahlen, die praxismässig auf Fr. 600.-- festgesetzt wird.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Beschwerdegegnerin unter Aufhebung der Verfügung vom 25. März 2014 im Sinn der Erwägungen verpflichtet, die Kosten der Behandlung der Knick-/Senkfüssigkeit an beiden Füßen des Beschwerdeführers zu übernehmen; die Sache wird zum Erlass einer entsprechenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Vater des Beschwerdeführers zurückerstattet.