



Fall-Nr.: IV 2015/416
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.04.2020
Entscheiddatum: 15.05.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 15.05.2017

Art. 13 IVG. Art. 45 ATSG. Art. 78 IVV. Geburtsgebrechen. Behandlungskosten. Abklärungskosten. Art. 13 IVG sieht eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung betreffend die Kosten einer Behandlung eines Geburtsgebrechens vor. Davon sind die Kosten für Abklärungen abzugrenzen, die der Ermittlung des massgebenden Sachverhaltes dienen. Diese fallen unter Art. 45 ATSG und Art. 78 IVV (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Mai 2017, IV 2015/416).

Entscheid Versicherungsgericht, 15.05.2017

Entscheid vom 15. Mai 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Monika Gehrer-Hug (Vorsitz), Versicherungs-richter Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichts-schreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2015/416

Parteien

Avanex Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich,

Beschwerdeführerin,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen (für A.____)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Juni 2010 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 178 Anh. GgV zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 2). Am 23. Juli 2010 berichtete Dr. med. B.____ vom C.____ (IV-act. 9), der Versicherte leide an einer Coxa antetorta beidseits. Die tibiale Aussentorsion sei beidseits erhöht. In der Vergangenheit sei es immer wieder zu Patellaluxationen mit Gelenksergüssen gekommen. Am 27. Mai 2010 sei eine Derotationsosteotomie mittels eines monolateralen Fixateurs externe durchgeführt worden. Bislang sei der postoperative Verlauf regelrecht. Allenfalls werde später noch die erhöhte femorale Antetorsion links operativ behoben werden müssen. Am 5. August 2010 notierte Dr. med. D.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 11), die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 178 Anh. GgV seien erfüllt. Das Vorliegen des von Dr. B.____ erwähnten Geburtsgebrechens Ziff. 170 Anh. GgV sei dagegen nicht nachgewiesen. Falls tatsächlich eine Operation notwendig sein sollte, müsste das Vorliegen eines Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 171 Anh. GgV geprüft werden. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 10. August 2010 mit, dass sie im Zeitraum vom 27. Mai 2010 bis zum 31. Mai 2015 die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 178 Anh. GgV und für die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte in einfacher und zweckmässiger Ausführung übernehmen werde (IV-act. 13).

A.b Am 21. April 2011 gingen der IV-Stelle drei Physiotherapieverordnungen des C.____s zu (IV-act. 17), laut denen Dr. B.____ am 2. November 2010 eine Physiotherapie im Zusammenhang mit der Derotationsosteotomie der Tibia und Dr. med. E.____ am 9.



Dezember 2010 sowie ein dritter Arzt am 17. Februar 2011 je eine Physiotherapie im Zusammenhang mit den rezidivierenden Patellaluxationen links verordnet hatten. Der Physiotherapeut berichtete am 7. Juni 2011 (IV-act. 18), in der Therapie habe eine Stabilisierung der Hüftmuskulatur erzielt werden können. Die Beschwerden und die Kraft im Bereich des linken Knies hätten gebessert. Im Februar habe der Versicherte aber wieder eine Patellaluxation erlitten, die ihn funktionell etwas zurückgeworfen habe. Zuletzt habe er nur noch über gelegentliche Schmerzen im Knie geklagt. Er spiele regelmässig Fussball. Am 14. Juli 2011 gab Dr. med. F.____ vom C.____ an, die Physiotherapie habe sich auf die rezidivierenden Patellaluxationen links und nicht auf das Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV bezogen (IV-act. 19). Am 20. Juli 2011 teilte die IV-Stelle dem Physiotherapeuten mit, dass sie die Kosten für die Physiotherapie nicht übernehme (IV-act. 20). Der Versicherte liess am 23. September 2011 um eine Kostengutsprache für einen arthroskopischen Eingriff am linken Knie zur (zweiten) Rezentrierung der Patella durch die Klinik G.____(IV-act. 25) und am 13. Februar 2012 um eine Kostengutsprache für eine orthopädische Kniestütze ersuchen (IV-act. 29). Der RAD-Arzt med. pract. H.____ notierte am 1. März 2012, er könne nicht beurteilen, ob ein Zusammenhang zwischen den rezidivierenden Patellaluxationen und dem Zustand nach der Derotationsosteotomie bestehe (IV-act. 30). Auf eine entsprechende Nachfrage der IV-Stelle hin führte der Orthopäde Dr. med. I.____ am 12. März 2012 aus (IV-act. 33), es bestehe kein direkter Zusammenhang zwischen der Derotationsosteotomie und den rezidivierenden Patellaluxationen. Der Versicherte leide an einer angeborenen Patelladysplasie und an einer angeborenen Trochleadysplasie. Beides seien prädisponierende Faktoren für die Patellaluxationen. Am 29. März 2012 notierte der RAD-Arzt H.____ (IV-act. 34), wie bereits Dr. F.____ und Dr. I.____ sehe er keinen Zusammenhang zwischen der Derotationsosteotomie und den rezidivierenden Patellaluxationen. Für die Kniestütze könne deshalb keine Kostengutsprache erteilt werden. In der Vergangenheit seien wohl auch Kosten vergütet worden, die gar nicht mit dem Geburtsgebrechen im Zusammenhang gestanden hätten. Dies müsse anhand der entsprechenden medizinischen Berichte nochmals im Detail überprüft werden.

A.c Am 17. April 2012 gingen der IV-Stelle diverse Berichte des C.____s zu (IV-act. 37): Am 14. Dezember 2010 hatte Dr. F.____ berichtet, der Versicherte sei in Bezug auf das linke Kniegelenk völlig schmerzfrei, doch müsse berücksichtigt werden, dass die Trochlea-Hypoplasie und die Patella alta als stark prädisponierende Faktoren für die



Patellaluxationen zu qualifizieren seien. Aktuell sei keine Intervention geplant. Im April 2011 – „ein Jahr postoperativ“ – werde eine Ganglaboranalyse durchgeführt werden. Am 17. April 2011 hatte Dr. F.____ berichtet, der Versicherte habe während des Skifahrens eine erneute Patellaluxation erlitten. Nach einer ausführlichen Analyse der Ganglabordaten und nach einer Besprechung im Team habe man beschlossen, sich erneut mit dem Versicherten im Rahmen der Schmerzsprechstunde auseinanderzusetzen. Allenfalls müsse angesichts der ausgeprägten Krepitationen im Bereich des linken Kniegelenks und der erneuten Luxation ein weiterer operativer Eingriff diskutiert werden. Am 26. Juli 2011 hatte Dr. F.____ berichtet, in der Ganganalyse vom 12. April 2011 hätten sich die Knierotation im Vergleich zum präoperativen Befund als normalisiert und der Fussöffnungswinkel als am Rande des Normbereichs gezeigt. Insgesamt habe sich die Belastungssituation des Kniegelenks im Vergleich zum präoperativen Zustand gebessert. Bei einer weiter persistierenden Subluxationsneigung sei dem sportlich aktiven Versicherten eine Rezentrierung im Rahmen eines weichteiligen Eingriffs empfohlen worden. In der erneuten Durchsicht der CT-Bilder vom April 2011 habe sich ein kleines freies Knochenfragment im femoropatellaren Gleitlager gezeigt. Dieses sei in den Voraufnahmen noch nicht ersichtlich gewesen. Um die Knorpelverhältnisse in diesem Bereich besser eruieren zu können und um eine gewisse Voraussagefähigkeit für eine operative Indikation zu haben, werde noch eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks durchgeführt. Am 19. August 2011 hatte Dr. F.____ berichtet, das zwischenzeitlich erstellte MRI zeige einen relevanten osteochondralen Defekt der Trochlea femoris. Sie habe dem Versicherten empfohlen, im Zusammenhang mit der bereits angedachten weichteiligen Rezentrierung der Patella eine Arthroskopie durchzuführen, um den freien Gelenkkörper aufzusuchen und gegebenenfalls arthroskopisch mittels resorbierbarer Pins zu refixieren. Am 18. März 2013 notierte der RAD-Arzt H.____ (IV-act. 50), die Konsultationen vom 9. Dezember 2010 und vom 12. April 2011 sowie die Behandlung durch das C.____ im Zeitraum vom 1. April 2011 bis zum 21. Juli 2011 hingen nicht mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 178 Anh. GgV zusammen. Es komme auch kein anderes Geburtsgebrecchen in Frage, dessen Behandlung jene Massnahmen gedient haben könnten. Aus medizinischer Sicht seien allerdings die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 195 Anh. GgV erfüllt, weshalb die Kosten für das MRI vom 5. August 2011, für die Konsultationen vom 12. August 2011



und vom 5. September 2011, für die Operation vom 2. Februar 2012 sowie für die postoperative Konsultation vom 23. Februar 2012 von der IV-Stelle zu vergüten seien. Am 16. Mai 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 195 Anh. GgV und für die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte in einfacher und zweckmässiger Ausführung für den Zeitraum vom 2. Februar 2013 (recte: 2. Februar 2012; vgl. IV-act.51) bis zum 31. Juli 2016 übernehmen werde (IV-act. 52).

A.d Ebenfalls am 16. Mai 2013 forderte die IV-Stelle vom C.____ die Vergütungen für die Behandlungen vom 9. Dezember 2010 und vom 12. April 2011 sowie für im Zeitraum vom 1. April 2011 bis zum 21. Juli 2011 erfolgte Behandlungen zurück (IV-act. 53). Am 11. März 2014 hielt Dr. F.____ fest (IV-act. 57), die Konsultation vom 9. Dezember 2010 sei sechs Monate nach der Derotationsosteotomie erfolgt und habe der Beurteilung des postoperativen Verlaufs gedient. Sie stehe folglich in einem direkten Zusammenhang mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 178 Anh. GgV. Auch die am 12. April 2011 durchgeführte Ganganalyse stehe in einem direkten Zusammenhang mit jenem Geburtsgebrehen. Nur das Physiotherapie Rezept weise keinen Zusammenhang mit dem Geburtsgebrehen auf. Am 8. Januar 2015 hielt die IV-Stelle an ihrer Auffassung fest, bei den fraglichen Massnahmen handle es sich nicht um die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 178 Anh. GgV (IV-act. 58). Am 16. März 2015 wandte die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherten ein (IV-act. 62), sowohl ihr vertrauensärztlicher Dienst als auch die Rechtsabteilung seien der Ansicht, dass die fraglichen Massnahmen in einem Zusammenhang mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 178 Anh. GgV stünden. Sie ersuche deshalb um die Zustellung eines Vorbescheides. Der RAD-Arzt H.____ notierte am 22. Mai 2015 (IV-act. 65), die Untersuchung vom 9. Dezember 2010 und die Analyse im Ganglabor vom 12. April 2011 könnten allenfalls als Nachkontrollen nach der Derotationsosteotomie qualifiziert werden. Allerdings sei schon im Arztbericht vom 14. Dezember 2010 überwiegend auf die Befunde und auf das Procedere bezüglich des linken Knies eingegangen worden. Zudem stelle sich die Frage, ob eine Gangelaboranalyse im Anschluss an eine problemlos verlaufene Derotationsosteotomie eine einfache und zweckmässige Untersuchung sei. Die CT-Untersuchungen vom 1. April 2011 hätten nicht den Unterschenkel, sondern das Kniegelenk betroffen, wie aus dem Bericht zur Konsultation vom 21. Juli 2011 zweifelsfrei hervorgehe.



A.e Mit einem Vorbescheid vom 31. Juli 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 67), dass sie vorsehe, die Kosten für die Konsultation vom 9. Dezember 2010 zu vergüten. Für die Konsultationen vom 12. April 2011 sowie vom 1. April 2011 und vom 21. Juli 2011 sehe sie eine Abweisung des Gesuchs um Kostenvergütung vor. Dagegen liess die Krankenpflegeversicherung am 14. September 2015 einwenden (IV-act. 70), im Bericht des C.___s vom 14. Dezember 2010 sei festgehalten worden, dass im April 2011 eine Ganganalyse durchgeführt werde. Die am 12. April 2011 durchgeführte Ganganalyse stehe also eindeutig in einem Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV. Am 21. Juli 2011 seien unter anderem die Ergebnisse der ganganalytischen Untersuchung besprochen worden, weshalb auch diese Konsultation im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen stehe. Die CT-Untersuchung habe sich entgegen der Ansicht des RAD-Arztes nicht nur auf das Knie beschränkt, sondern auch die Hüfte, die Oberschenkel, die Unterschenkel und die Füsse betroffen. Am 30. Oktober 2015 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid vom 31. Juli 2015 (IV-act. 71).

B.

B.a Am 7. Dezember 2015 erhob die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2015 (act. G 1). Sie beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Kosten der CT-Untersuchung vom 1. April 2011 sowie die Kosten der Konsultationen vom 21. Juli 2011 und vom 12. April 2011 zu übernehmen. Zur Begründung führte sie an, die Ganganalyse vom 12. April 2011 sei im Bericht des C.___s vom 14. Dezember 2010 als eine weitere postoperative Verlaufskontrolle erwähnt worden, weshalb sie im Zusammenhang mit der Derotationsosteotomie stehe. Die CT-Untersuchung habe sich nicht nur auf das Knie beschränkt und sei ebenfalls im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV erfolgt. In der Konsultation vom 21. Juli 2011 seien die Ergebnisse der Ganganalyse besprochen worden. Auch jene Konsultation stehe folglich im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. März 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie aus, sie habe nachträglich den



St.Galler Gerichte

Bericht des C.____s vom 26. April 2011 betreffend die Ganganalyse (vgl. act. G 6.4) sowie den CT-Bericht vom 1. April 2011 (vgl. act. G 6.3) eingeholt und den RAD-Arzt H.____ um eine erneute Stellungnahme gebeten. Dieser habe ausgeführt (vgl. act. G 6.2), aus medizinischer Sicht wäre es nur sinnvoll, nach einer Derotationsosteotomie eine aufwendige Ganganalyse durchzuführen, wenn immer noch ein behandlungsbedürftiges Gesundheitsproblem vorliege. Das sei beim Versicherten der Fall gewesen, denn dieser habe an rezidivierenden Patellaluxationen gelitten. Bereits der Fragestellung für die Ganganalyse lasse sich entnehmen, dass es nur um eine Abklärung bezüglich die Patellaluxationen gegangen sei. Der CT-Bericht vom 1. April 2011 sei nicht aussagekräftig, denn es würden nur Rotationen, aber keine Torsionen beschrieben. Der Bericht vom 26. Juli 2011 befasse sich nur mit der Patellaluxation. Vor diesem Hintergrund habe der RAD-Arzt H.____ an seiner ursprünglichen Beurteilung festgehalten. Da seine Ausführungen überzeugend seien, erweise sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig.

B.c Die Beschwerdeführerin hielt am 17. Mai 2016 an ihren Beschwerdeanträgen fest (act. G 10) und reichte eine Kurzstellungnahme ihres Vertrauensarztes ein, der einen Zusammenhang zwischen den fraglichen Behandlungsmassnahmen und dem Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV als nicht ausgeschlossen qualifiziert hatte (act. G 10.1). Zudem reichte sie eine ausführlichere Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. med. J.____ vom 2. Mai 2016 ein, der festgehalten hatte (act. G 10.2), die Kinderorthopädin Dr. F.____ habe einen Zusammenhang zwischen dem Geburtsgebrechen und den fraglichen Behandlungsmassnahmen explizit bejaht. Die Argumentation des RAD-Arztes übergehe diesen Umstand, mute formalistisch an und wirke „auch etwas willkürlich“. Die Torsions- beziehungsweise Rotationsstörung sei eine komplexe Störung, die aufwendige Untersuchungen vor und nach der Operation durchaus rechtfertige. Das Geburtsgebrechen sei durchaus geeignet, eine Luxationstendenz der Patella zu verursachen. Der Beschwerdegegnerin wäre es zumutbar gewesen, den Sachverhalt durch einen kinderorthopädischen Sachverständigen abklären zu lassen. Zudem scheine es ihm, dass es für einen „Nichtarzt“, wozu auch ein Richter zähle, fast unmöglich sei, die sachliche Argumentation der Beschwerdegegnerin in diesem komplexen Fall nachzuvollziehen. Auch das Gericht wäre wohl auf eine neutrale gutachterliche Beurteilung angewiesen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 12).



B.e Der Versicherte liess sich nicht vernehmen (vgl. act. G 14).

Erwägungen

1.

Da der Versicherte am Geburtsgebrehen Ziff. 178 Anh. GgV leidet, für das die Beschwerdegegnerin früher eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung anerkannt hat, ist zunächst die Frage zu beantworten, ob die fraglichen Untersuchungen zur Behandlung des Geburtsgebrehens Ziff. 178 Anh. GgV notwendige medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG gewesen sind. Der Beschwerdeführer war am 27. Mai 2010 operiert worden. Sechs Wochen nach der Operation war sein Zustand „sehr gut“ gewesen (vgl. IV-act. 9–4). Er hatte keine Schmerzen verspürt. Das Gangbild war – auch unter Vollbelastung – zufriedenstellend gewesen. Er hatte die Füsse gut in Progressionsrichtung aufgesetzt. Die Prognose war, abgesehen von den damals bereits bekannten Patellaluxationen, als gut bezeichnet worden. Am 9. Dezember 2010 hat dann eine weitere Verlaufskontrolle stattgefunden, die wiederum ein zufriedenstellendes Ergebnis in Bezug auf die operativ korrigierte tibiale Aussenrotation gezeigt hat. Dem entsprechenden Bericht vom 14. Dezember 2010 lässt sich entnehmen, dass sich bereits die damalige Untersuchung mehrheitlich auf die (damals schon längst bekannten) Patellaluxationen konzentriert hat. Zwar ist die Ganganalyse, die dann am 12. April 2011 durchgeführt worden ist, in einen Zusammenhang mit der Operation vom 27. Mai 2010 gesetzt worden, denn im Bericht vom 14. Dezember 2010 heisst es: „Wir werden [...] zu einer Ganglaboranalyse ein Jahr postoperativ anbieten“ (IV-act. 37–2). Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass die Ganganalyse der Verlaufskontrolle nach der Operation vom 27. Mai 2010 gedient hätte. Die Fragestellung zur Ganganalyse zeigt eindeutig, dass diese gar nicht der Kontrolle der korrigierten tibialen Aussenrotation, sondern der Abklärung in Bezug auf die Patellaluxation gedient hat (vgl. act. G 6.4). Der Umstand, dass knapp acht Monate nach der Operation vom 27. Mai 2010 trotz des von Beginn weg sehr guten postoperativen Verlaufs noch eine (aufwendige und teure) Ganganalyse und eine Computertomographie durchgeführt worden sind, lässt sich nur damit erklären, dass der Versicherte nach der Operation weiterhin an Beschwerden gelitten hat, die aber von den rezidivierenden Patellaluxationen und nicht von der korrigierten tibialen



Aussenrotation hergerührt haben. Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin hat zwar die Auffassung vertreten, dass ein medizinischer Laie die komplexen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Geburtsgebrechen nicht ohne eine Erklärung durch einen Sachverständigen verstehen könne, den Berichten des C.____s lässt sich aber eindeutig entnehmen, dass schon ab Juli 2010 (vgl. IV-act. 9) primär die rezidivierenden Patellaluxationen im Fokus der Behandlung gestanden hatten und dass die Behandlung der korrigierten tibialen Aussenrotation spätestens im Dezember 2010 abgeschlossen worden war. Daran ändert die nachträgliche Angabe von Dr. F.____, alle Behandlungsmassnahmen ausser die Physiotherapie hätten sich auf das Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV bezogen, nichts, denn diese Angabe steht im Widerspruch zu den konkreten Ausführungen in den einzelnen Behandlungsberichten und zum Umstand, dass keine andere Erklärung für die aufwendigen Untersuchungen im April 2011 als die rezidivierenden Patellaluxationen in Frage kommt. Gesamthaft steht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die fraglichen Behandlungsmassnahmen vom 1. April 2011 (CT-Untersuchung), vom 12. April 2011 (Ganglaboranalyse) und vom 21. Juli 2011 (Besprechung der Ergebnisse der Ganglaboranalyse) nicht mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV, sondern mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 195 Anh. GgV im Zusammenhang gestanden haben. Gestützt auf den Art. 13 IVG i.V.m. der Ziff. 178 Anh. GgV besteht folglich keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung.

2.

Laut der Ziff. 195 Anh. GgV vergütet die Invalidenversicherung die Kosten für die notwendigen medizinischen Massnahmen zur Behandlung einer angeborenen Patellaluxation, „sofern Operation notwendig ist“. Die einschränkende Voraussetzung einer Operationsnotwendigkeit zielt offenkundig auf eine Abgrenzung der Gebrechen „von geringfügiger Bedeutung“, für die auf dem Verordnungsweg eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausgeschlossen werden kann (Art. 13 Abs. 2 IVG), von jenen mit einer erheblicheren Bedeutung ab. Mit anderen Worten trifft die Invalidenversicherung keine Leistungspflicht für Patellaluxationen, die zwar angeboren sind, aber aus medizinischer Sicht keine Operation als notwendig erscheinen lassen. Der RAD-Arzt H.____ hat diese einschränkende Voraussetzung falsch interpretiert und deshalb irrtümlich die Auffassung vertreten, es handle sich um eine zeitliche



Einschränkung der Leistungspflicht der Invalidenversicherung. Diese müsse also nur jene Behandlungskosten übernehmen, die ab der Operation einer angeborenen Patellaluxation anfielen. Die Beschwerdegegnerin hat diesen Fehler nicht erkannt und deshalb nur für die Zeit ab der Operation (2. Februar 2012) eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung anerkannt (dem offenkundigen Schreibfehler – 2013 statt 2012 – kommt keine relevante Bedeutung zu). Weder die Beschwerdeführerin noch der Versicherte haben aber in der Folge eine anfechtbare Verfügung verlangt, weshalb die entsprechende Mitteilung vom 16. Mai 2013 spätestens nach dem Ablauf eines Jahres (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 51 N 18 ff. und N 26 f., mit Hinweisen) verbindlich geworden ist. Jede Vergütung von vor dem 2. Februar 2012 entstandenen Kosten für medizinische Massnahmen gestützt auf den Art. 13 IVG i.V.m. der Ziff. 195 Anh. GgV würde der – auch für das Gericht – verbindlichen Mitteilung vom 16. Mai 2013 zuwider laufen und wäre folglich rechtswidrig. Gestützt auf den Art. 13 IVG i.V.m. der Ziff. 195 Anh. GgV besteht also ebenfalls kein Anspruch des Versicherten auf eine Vergütung der streitigen Kosten.

3.

3.1 Die verbindliche Mitteilung vom 16. Mai 2013 bezieht sich allerdings nur auf die Behandlungskosten im Sinne des Art. 13 IVG, das heisst auf jene Kosten, die durch die notwendige Behandlung des anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 195 Anh. GgV verursacht werden. Nun haben die CT-Untersuchung vom 1. April 2011, die Ganglaboranalyse vom 12. April 2011 und die Besprechung der Ergebnisse dieser Abklärungen am 21. Juli 2011 aber gar nicht der Behandlung eines anerkannten Geburtsgebrechens gedient. Wie oben dargelegt worden ist, besteht nämlich kein Zusammenhang zwischen diesen Abklärungen und dem Geburtsgebrecchen Ziff. 178 Anh. GgV; die Untersuchung vom 14. Dezember 2010 ist die letzte Untersuchung gewesen, die einen doppelten Zweck – nämlich die Beurteilung des Erfolgs der Derotationsosteotomie und die Beantwortung der Fragen nach der Ursache der Patellaluxation und nach der Notwendigkeit einer operativen Rezentrierung der Patella – verfolgt hat (und deren Kosten deshalb zu Recht noch gestützt auf den Art. 13 IVG i.V.m. der Ziff. 178 Anh. GgV von der Beschwerdegegnerin vergütet worden sind). Dagegen besteht zwar ein enger Zusammenhang zwischen diesen Abklärungen und dem Geburtsgebrecchen Ziff. 195 Anh. GgV, aber das bedeutet nicht, dass es sich



deshalb bei den entsprechenden Abklärungskosten um Behandlungskosten im Sinne des Art. 13 IVG handeln müsste. Die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 195 Anh. GgV hat nämlich erst mit der operativen Rezentrierung der Patella im Februar 2012 begonnen. Die CT-Untersuchung vom 1. April 2011, die Ganglaboranalyse vom 12. April 2011 und die Besprechung der Ergebnisse dieser Abklärungen am 21. Juli 2011 sind keine Behandlungsmassnahmen gewesen, weil sie nicht auf eine Behandlung des Geburtsgebrechens abgezielt haben. Ihr Sinn und Zweck hat sich vielmehr auf die Beantwortung der Fragen nach der Ursache der Patellaluxation und nach der Operationsindikation beschränkt. Mit anderen Worten hat es sich dabei um reine Sachverhaltsabklärungsmassnahmen gehandelt. Folglich stellt sich gar nicht die Frage, ob die Invalidenversicherung die entsprechenden Kosten gestützt auf den Art. 13 IVG zu vergüten habe. Die entscheidende Frage lautet vielmehr, wer diese Abklärungskosten zu tragen hat. Diese Frage wird durch den Art. 45 Abs. 1 ATSG beantwortet und kann folglich von der verbindlichen Mitteilung vom 16. Mai 2013, die sich nur zu den Behandlungskosten gestützt auf den Art. 13 IVG i.V.m. der Ziff. 195 Anh. GgV äussert, nicht erfasst sein.

3.2 Laut dem Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG hat ein Versicherungsträger Abklärungskosten auch dann zu übernehmen, wenn er die entsprechende Abklärungsmassnahme zwar nicht selbst angeordnet hat, wenn diese Massnahme aber für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich gewesen ist oder wenn sie einen Bestandteil von nachträglich zugesprochenen Leistungen bildet. Für die Beschwerdegegnerin sieht der Art. 78 Abs. 3 IVV spezifisch nochmals exakt dieselbe Regelung vor. Die CT-Untersuchung vom 1. April 2011, die Ganglaboranalyse vom 12. April 2011 und die Besprechung der Abklärungsergebnisse am 21. Juli 2011 sind nicht von der Beschwerdegegnerin angeordnet worden. Ohne diese Abklärungen hätte aber die Frage nach der Operationsindikation nicht beantwortet werden können. Hätte das C.____ diese Untersuchungen nicht durchgeführt, hätte die Klinik K.____ solche Untersuchungen durchführen müssen, denn ohne solche vorgängigen Untersuchungen wäre ein operativer Eingriff nicht möglich gewesen. Auch wenn die Beschwerdegegnerin also gestützt auf den Art. 13 IVG keine Leistungspflicht für die umstrittenen Massnahmen trifft, hat sie deren Kosten doch zu vergüten, und zwar gestützt auf den Art. 45 Abs. 1 ATSG beziehungsweise den Art. 78 Abs. 3 IVV. Das Bundesgericht hat in einem ähnlich gelagerten Fall eine entsprechende Leistungspflicht



der Invalidenversicherung mit derselben Begründung bejaht (Urteil 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014). Folglich spricht nichts dagegen, die Abklärungskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.

Zusammenfassend ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin – gestützt auf den Art. 45 Abs. 1 ATSG und den Art. 78 Abs. 3 IVV – zu verpflichten, die streitigen Kosten zu vergüten. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die Beschwerdeführerin hat als eine in ihrem Aufgabenbereich als Bundesrecht vollziehendes Organ tätig gewesene Verwaltungseinheit keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten für die Konsultationen vom 1. April 2011, vom 12. April 2011 und vom 21. Juli 2011 im Gesamtbetrag von Fr. 2'467.75 zu vergüten.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.