



Fall-Nr.: IV 2016/62
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.05.2020
Entscheiddatum: 15.09.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2017

Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation. Massgeblichkeit der konkreten Umstände des Einzelfalls (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2017, IV 2016/62).

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2017

Entscheid vom 15. September 2017

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2016/62

Parteien

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

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 November 1998 unter Hinweis auf eine Trisomie 21 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 2). Das Ostschweizer Kinderspital berichtete am 1. Dezember 1998, der Versicherte leide an einer Trisomie 21 und an einem angeborenen Atriumseptumdefekt (IV-act. 6). Am 7. Januar 1999 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die bis zum 31. August 2008 anfallenden Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV (angeborene Herz- und Gefässmissbildungen) vergüten werde (IV-act. 9). Am 15. Juli 2011 verlängerte die IV-Stelle ihre Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV bis zum 31. August 2014 (IV-act. 113).

A.b Am 18. Dezember 2014 beantragte das Ostschweizer Kinderspital die Vergütung der Kosten für einen Rehabilitationsaufenthalt in B.____ (IV-act. 137). Zur Begründung führte es aus, der Versicherte werde am 15. Januar 2015 operiert. Geplant seien eine proximale Derotations-Osteotomie des linken Femur und eine Medialisierung beziehungsweise Distalisierung der linken Patella. Die Operation werde im Rahmen eines sieben bis zehn Tage dauernden stationären Aufenthaltes im Ostschweizer Kinderspital durchgeführt. Anschliessend sei eine Rehabilitation in der Rehaklinik in B.____ bis zum 15. Februar 2015 vorgesehen. Am 12. März 2015 berichtete das Ostschweizer Kinderspital (IV-act. 142), die geplante Operation sei am 6. Februar 2015 durchgeführt worden. Im Verlauf des Jahres 2015 werde dieselbe Operation auch noch auf der rechten Seite durchgeführt werden. Die beidseitige Operation bei einer Coxa retrotorta (Ziff. 171 Anh. GgV) sei schon lange indiziert, habe aber aus familiären Gründen erst jetzt durchgeführt werden können. Am 5. Juni 2015 notierte Prof. Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 145), das Vorliegen eines Geburtsgebrechens im Sinne der Ziff. 171 Anh. GgV könne anerkannt



werden. Bei einer proximalen Femur-Derotationsosteotomie erfolge in aller Regel ein Spitalaufenthalt von fünf bis sieben Tagen. Anschliessend werde eine ambulante Rehabilitation durch ein entsprechendes Physiotherapieteam durchgeführt. Es stelle sich also die Frage, was der Grund für die vorliegend erfolgte stationäre Rehabilitation sei. Diese Frage sei von den Fachärzten des Ostschweizer Kinderspitals zu beantworten. Am 11. Juni 2015 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die im Zeitraum vom 6. Februar 2015 bis zum 30. September 2018 anfallenden Kosten für die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 171 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen vergüten werde (IV-act. 147). Am selben Tag forderte sie das Ostschweizer Kinderspital auf, den Grund für die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation zu nennen (IV-act. 148). Dieses antwortete am 13. Juli 2015 (IV-act. 150), der Versicherte leide nicht nur an einer Coxa retrotorta, sondern aufgrund der Trisomie 21 auch an einer Hyperlaxität der Band- und Kapselstrukturen sowie an einer Patella-Lateralisation im Verbund mit einer Patella-Luxation respektive einer Subluxations-Tendenz. Beim operativen Eingriff sei deshalb auch eine patellazentrierende knöcherner Patelladistalisierung durchgeführt worden. Der ohnehin motorisch verzögert entwickelte und an einer mentalen Entwicklungsretardierung leidende Versicherte sei dadurch so schwer in seiner Mobilisation eingeschränkt worden, dass eine ambulante Rehabilitation nicht adäquat gewesen wäre. Nach einer Rücksprache mit den Kollegen der Neuropädiatrie und der Physiotherapie habe man den Eltern des Versicherten deshalb zu einer stationären Rehabilitation geraten. Der RAD-Arzt Prof. Dr. C.____ notierte am 28. Juli 2015 (IV-act. 153), massgebend für die Entscheidung, eine stationäre Rehabilitation durchzuführen, sei die Patellastabilisierung gewesen, die ebenso wie die Trisomie 21 keinen Zusammenhang zum Geburtsgebrehen Ziff. 171 Anh. GgV aufweise. Auch die Folgen der Trisomie 21 hätten die Entscheidung für eine stationäre Rehabilitation beeinflusst. Wäre nur eine Femur-Derotation durchgeführt worden, wäre keine stationäre Rehabilitation notwendig gewesen. Folglich müsse die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Kosten der stationären Rehabilitation aufkommen.

A.c Mit einem Vorbescheid vom 3. August 2015 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit (IV-act. 155), dass sie die Kosten der stationären Rehabilitation nicht vergüten werde. Dagegen wandte die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die eine Kopie des Vorbescheides erhalten hatte, am 11. September 2015 ein (IV-act. 158),



ihr Vertrauensarzt habe sich auf den Standpunkt gestellt, mit der Medialisierung der Patella liege ein weiteres Geburtsgebrechen vor, für das die Invalidenversicherung eine Leistungspflicht treffe (Ziff. 177 Anh. GgV). Angesichts der gleichzeitigen Operation an der Hüfte und am Knie wäre die Indikation für eine stationäre Rehabilitation auch ohne eine Begleiterkrankung gegeben gewesen. Am 8. Januar 2016 notierte der RAD-Arzt Prof. Dr. C.____ (IV-act. 159), die Operation an der Patella sei prophylaktisch erfolgt, denn sie habe der Vermeidung von Patella-Luxationen gedient; solche seien bislang noch nicht aufgetreten. Die Anomalie sei nicht dem Geburtsgebrechen Ziff. 177 Anh. GgV, sondern dem Geburtsgebrechen Ziff. 195 Anh. GgV zuzuordnen. Grundsätzlich könne eine entsprechende Leistungspflicht der Invalidenversicherung für die Operation anerkannt werden. Das spiele aber keine Rolle, weil die Operationskosten ja ohnehin bereits übernommen worden seien. Für die stationäre Rehabilitation gelte aber etwas anderes, denn diese sei weder wegen der Hüft- noch wegen der Knieoperation indiziert gewesen. Nach der Knieoperation wäre nur eine ambulante Rehabilitation mit gestrecktem Knie notwendig gewesen. Das Knie hätte bereits belastet werden können. Die stationäre Rehabilitation finde ihren Grund also in der Trisomie 21. Mit einer Verfügung vom 20. Januar 2016 wies die IV-Stelle das Begehren um die Vergütung der Kosten der stationären Rehabilitation ab (IV-act. 160).

B.

B.a Am 22. Februar 2016 erhob die obligatorische Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. Januar 2016 (act. G 1). Sie beantragte die Vergütung der Kosten für zwei stationären Rehabilitationsaufenthalte vom 23. Februar 2015 bis zum 10. April 2015 und vom 11. Mai 2015 bis zum 12. Juni 2015 durch die Invalidenversicherung und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Durchführung weiterer Abklärungen. Zur Begründung führte sie aus, der Versicherte sei mittlerweile bereits zweimal – einmal links (6. Februar 2015) und einmal rechts (5. Mai 2015) – je gleichzeitig an der Hüfte und am Knie operiert worden. Nach beiden Operationen habe er jeweils eine stationäre Rehabilitation benötigt. Die beiden Rehabilitationsaufenthalte wären auch ohne eine weitere Gesundheitsbeeinträchtigung indiziert gewesen. Im Übrigen gelte die Trisomie 21 ab dem 1. März 2016 als ein anerkanntes Geburtsgebrechen. Es wäre deshalb „doppelt“ stossend, wenn die



St.Galler Gerichte

stationäre Rehabilitation auf die Trisomie 21 „abgeschoben“ und keine Kostengutsprache durch die Invalidenversicherung geleistet würde. Im Übrigen sei nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin jeweils nur einen Rehabilitationsaufenthalt erwähne. Der Versicherte habe zwei identische Operationen – einmal links und einmal rechts – über sich ergehen lassen müssen und folglich auch zwei Rehabilitationsaufenthalte benötigt. Für beide Aufenthalte treffe die Invalidenversicherung eine Leistungspflicht.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. April 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, die Trisomie 21 gelte erst seit dem 1. März 2016 als ein anerkanntes Geburtsgebrechen. Rechtsprechungsgemäss könne neues Recht nicht rückwirkend angewendet werden, weshalb die Beschwerdeführerin aus der Anerkennung der Trisomie 21 nichts zu ihren Gunsten ableiten könne. Der RAD-Arzt Prof. Dr. C.____ habe überzeugend aufgezeigt, dass die Hüft- und Kniebeschwerden für sich allein keine stationäre Rehabilitation erfordert hätten. Diese sei nur wegen der zusätzlichen Einschränkungen durch die Trisomie 21 erforderlich gewesen.

B.c Die Beschwerdeführerin hielt am 19. Mai 2016 an ihren Anträgen fest (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 9). Der Versicherte beteiligte sich nicht am Beschwerdeverfahren (vgl. act. G 10 und G 11).

Erwägungen

1.

Der Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens wird durch die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2016 definiert. Mit dieser hat die Beschwerdegegnerin die Vergütung der Kosten für den (ersten) Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik in B.____ nach der Operation an der linken Hüfte und am linken Knie verweigert. Der zweite Rehabilitationsaufenthalt nach der Operation an der rechten Seite vom 5. Mai 2015 wird in der angefochtenen Verfügung nicht erwähnt. Über das entsprechende Leistungsbegehren hat die Beschwerdegegnerin also noch nicht verfügt. Auch wenn ein enger sachlicher Zusammenhang zwischen den beiden Rehabilitationsaufenthalten



besteht, würde der Gegenstand des Beschwerdeverfahrens in unzulässiger Weise ausgedehnt, wenn sich das Gericht auch mit dem Antrag der Beschwerdeführerin betreffend die Vergütung der Kosten für den zweiten Rehabilitationsaufenthalt befassen würde. Darüber wird die Beschwerdegegnerin noch verfügen. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich nur die Frage, ob die Kosten des Rehabilitationsaufenthaltes vom 23. Februar 2015 bis zum 10. April 2015 durch die Invalidenversicherung zu vergüten sind.

2.

2.1 Eine versicherte Person hat laut dem Art. 13 Abs. 1 IVG bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens, für das die Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 Abs. 2 IVG i.V.m. dem Art. 3 IVV und der GgV eine Leistungspflicht trifft, notwendigen medizinischen Massnahmen. Gemäss der verbindlichen Feststellung vom 11. Juni 2015 hat der Beschwerdeführer am Geburtsgebrecchen Ziff. 171 Anh. GgV gelitten. Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin hat sich auf den Standpunkt gestellt, es liege zudem auch das Geburtsgebrecchen Ziff. 177 Anh. GgV vor. Das ist vom RAD-Arzt Prof. Dr. C.____ grundsätzlich bestätigt worden, wobei dieser aber die Auffassung vertreten hat, vorliegend seien die Kriterien für die Diagnose des (spezifischeren) Geburtsgebrechens Ziff. 195 Anh. GgV erfüllt. Der RAD-Arzt Prof. Dr. C.____ hat diese Auffassung überzeugend begründet. Die Akten enthalten keine Hinweise, die dagegen sprächen. Folglich steht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer auch am Geburtsgebrecchen Ziff. 195 Anh. GgV gelitten hat. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb verpflichtet gewesen, die Kosten all jener medizinischer Massnahmen zu bezahlen, die zur Behandlung der Geburtsgebrecchen Ziff. 171 und 195 Anh. GgV notwendig gewesen sind.

2.2 Die am 6. Februar 2015 durchgeführte Operation ist ganz offensichtlich eine medizinische Massnahme zur Behandlung der beiden Geburtsgebrecchen Ziff. 171 und 195 Anh. GgV gewesen, denn damit hat das Ostschweizer Kinderspital Korrekturen an der linken Hüfte und am linken Knie des Versicherten vorgenommen. Die Operation hat also nicht auf eine Behandlung der Trisomie 21 abgezielt, die ja operativ gar nicht behandelt werden kann. Im Anschluss an die Operation ist eine Rehabilitation



notwendig gewesen. Bei dieser hat es sich also um eine Folgebehandlung zur Operation und damit augenscheinlich ebenfalls um eine medizinische Massnahme zur Behandlung der beiden Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 195 Anh. GgV gehandelt. Offensichtlich hat die Rehabilitation also ebenfalls – wie die Operation vom 6. Februar 2015 – nicht der Behandlung der Trisomie 21 gedient. Die Art der Rehabilitation hat selbstverständlich anhand der konkreten Umstände festgelegt werden müssen. Da der Versicherte ambulant nicht hinreichend hätte rehabilitiert werden können, ist eine stationäre Rehabilitation für die Nachbehandlung zur Operation vom 6. Februar 2015 notwendig gewesen. Eine ambulante Rehabilitation wäre wirkungs- und damit zwecklos gewesen. Bei der stationären Rehabilitation hat es sich folglich um die kostengünstigste medizinische Massnahme gehandelt, die zur Erreichung des angestrebten medizinischen Erfolgs bei der Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 195 Anh. GgV notwendig gewesen ist. In Bezug auf den Versicherten hat die stationäre Rehabilitation also die Kriterien der Einfachheit und der Zweckmässigkeit erfüllt. Das wäre wohl auch dann der Fall gewesen, wenn der Versicherte nicht an einer Trisomie 21 gelitten hätte, denn die Rehabilitation nach einer kombinierten Operation, wie sie am 6. Februar 2015 durchgeführt worden ist, dürfte auch bei einem ansonsten gesunden Versicherten äusserst anspruchsvoll und komplex sein. Entscheidend ist jedenfalls, dass zur Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 195 Anh. GgV eine Rehabilitation notwendig gewesen ist, dass angesichts der massgebenden konkreten Umstände des Einzelfalls nur eine stationäre Rehabilitation in Frage gekommen ist und dass die durchgeführte stationäre Rehabilitation offensichtlich nicht der Behandlung der Trisomie 21 gedient hat. Folglich hat die Invalidenversicherung für die Kosten der stationären Rehabilitation in der Zeit vom 23. Februar 2015 bis zum 10. April 2015 aufzukommen. Das gälte selbst dann, wenn kein solcher Anspruch gestützt auf den Art. 13 IVG bestünde, denn ohne die stationäre Rehabilitation wäre die spätere Eingliederung des Versicherten erheblich erschwert gewesen, weshalb auch gestützt auf den Art. 12 IVG ein Anspruch auf die Vergütung der Kosten der stationären Rehabilitation bejaht werden müsste. Die angefochtene Verfügung erweist sich deshalb als rechtswidrig.

3.



Die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2016 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die Kosten für die stationäre Rehabilitation in der Zeit vom 23. Februar 2015 bis zum 10. April 2015 zu vergüten. Sie wird zudem eine Verfügung betreffend die Vergütung der Kosten für die stationäre Rehabilitation vom 11. Mai 2015 bis zum 12. Juni 2015 erlassen. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken wird zurückerstattet. Die in ihrem Aufgabenbereich als Bundesrecht vollziehendes Organ tätig gewordene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten werden kann, gutgeheissen, die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2016 wird aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten der stationären Rehabilitation im Zeitraum vom 23. Februar 2015 bis zum 10. April 2015 zu vergüten; dazu wird die Sache an sie zurückgewiesen.

2.

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