



Fall-Nr.: IV 2022/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 22.06.2022
Entscheiddatum: 24.02.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 24.02.2022

**Art. 12 IVG. Art. 2 IVV. Medizinische Massnahmen.
Eingliederungsmassnahmen. Ausschluss der Leistungspflicht der
Invalidenversicherung für die Erstbehandlung nach Verletzungen.
Interpretation der massgebenden Gesetzes- und
Verordnungsbestimmungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des
Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2022, IV 2022/2).**

Entscheid vom 24. Februar 2022

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2022/2

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 Januar 2019 unter Hinweis auf eine Spitalbehandlung vom 28. April 2018 bis zum 24. Mai 2018 zur Behandlung einer Epiphyseolysis capitis femoris rechts zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Die Kinderorthopädin Dr. med. B.____ vom Ostschweizer Kinderspital berichtete im Februar 2019 (IV-act. 6), beim Versicherten seien am 25. April 2018 akut immobilisierende Schmerzen in der rechten Hüfte aufgetreten. Radiologisch sei eine Epiphyseolysis capitis femoris rechts nachgewiesen worden. Diese sei noch am 25. April 2018 mittels einer operativen Fixation in situ behandelt worden. Auf eine Nachfrage hin habe die Familie berichtet, dass der Versicherte schon seit Oktober 2017 intermittierend an Schmerzen im rechten Oberschenkel gelitten habe. Wegen einer aufgehobenen Innenrotationsfähigkeit und eines radiologisch nachgewiesenen Abrutschens der Epiphyse sei am 18. Mai 2018 eine chirurgische Hüftluxation mit einer Trochanterosteotomie, einer Reorientierung der Epiphyse und einer Drahtfixierung durchgeführt worden. Der anschliessende Verlauf sei zufriedenstellend gewesen. Die Zuweisung zur Behandlung ins Ostschweizer Kinderspital war über den Rettungsdienst erfolgt, der in seinem Kurzbericht festgehalten hatte (IV 2020/128, act. G 16.15), der Versicherte habe beim Fussballspiel sein Bein umgedreht respektive verdreht. Er habe sofort starke Schmerzen verspürt und sei in sich zusammengesackt. Man habe ihn in das Sanitätszimmer verbracht, von wo aus angesichts der unverändert bestehenden starken Schmerzen der Rettungsdienst verständigt worden sei. Die Angehörigen seien telefonisch verständigt worden. Im Juli 2019 notierte med. pract. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Gesundheitsbeeinträchtigung sei durch einen Unfall verursacht worden, weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 18). Mit einem Vorbescheid vom 5. August 2019 teilte die IV-Stelle der Mutter des Versicherten mit, dass sie angesichts der unfallbedingten Ätiologie die Abweisung des Begehrens um medizinische Massnahmen vorsehe (IV-act. 20).



A.b. Gegen diesen Vorbescheid wandte die Krankenpflegeversicherung am 11. September 2019 ein (IV-act. 23), der Versicherte habe bereits im Oktober 2017 wegen Schmerzen am hinteren Oberschenkel behandelt werden müssen. Die Drehung, die zu den immobilisierenden Schmerzen und zur notfallmässigen Zuweisung ins Ostschweizer Kinderspital geführt habe, könne nicht als ein Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG qualifiziert werden. Die Röntgenuntersuchung am 25. April 2018 habe keinen Nachweis einer Fraktur erbracht; der Befund spreche am ehesten für eine Wachstumsstörung. Die IV-Stelle holte in der Folge weitere medizinische Berichte ein. Der RAD-Arzt C.____ notierte nach einer Durchsicht dieser Berichte im Januar 2020 (IV-act. 48), die Würdigung der nachträglich eingeholten Unterlagen ergebe keine neuen Aspekte. Die Frage, ob das Ereignis vom 25. April 2018 als ein Unfall im Rechtssinne zu qualifizieren sei, könne aus medizinischer Sicht nicht beantwortet werden; es handle sich um eine Rechtsfrage. Die Mutter des Versicherten gab bei einer telefonischen Befragung am 23. April 2020 an (IV-act. 54), man habe ihr berichtet, ihr Sohn (der diese Berichte bestätigt habe) sei etwa zehn Minuten nach dem Beginn eines Fussballspiels im Rahmen einer Schul-Fussballmeisterschaft mit einem Gegner zusammengestossen. Der „etwas dicke“ Gegenspieler sei an der Wade des Sohnes hängen geblieben und auf die Hüfte des Versicherten gestürzt. Durch den Sturz habe sich der Versicherte „ziemlich das Bein verdreht“ und „es habe ziemlich weh getan“. Mit einer Verfügung vom 13. Mai 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 56).

B.

B.a. Die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) erhob eine Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen. Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) reichte im Beschwerdeverfahren eine elektronische Nachricht der Lehrerin des Versicherten vom 4. August 2020 ein (IV 2020/128, act. G 4.1), die geltend gemacht hatte, sie habe den Zusammenstoss zwischen dem Versicherten und dem Gegenspieler beobachtet. Der Versicherte sei zusammengesackt und länger am Boden liegen geblieben. Er habe sich vor Schmerz gewunden und später angegeben, der Gegner habe ihn mit dem Knie im Hüftbereich gerammt. Das Versicherungsgericht hob die Verfügung vom 13. Mai 2020 mit einem Entscheid vom 1. Juni 2021 (IV 2020/128) auf und verpflichtete die Beschwerdegegnerin, die Kosten für die Heilbehandlung der Epiphyseolysis femoris



capitis rechts zu übernehmen. Zur Begründung führte es an, die intersystemische Koordination für Heilbehandlungsleistungen sei im Art. 64 ATSG geregelt. Nach dessen Abs. 2 gehe die Leistungspflicht der Unfallversicherung jener der Invalidenversicherung und jene wiederum der Leistungspflicht der Krankenversicherung vor. Entgegen der vom Bundesgericht vertretenen Auffassung orientiere sich die Leistungskaskade nicht an der Ursache einer behandlungsbedürftigen Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern daran, welche Sozialversicherungszweige potentiell leistungspflichtig sein könnten. Das gehe eindeutig aus den Materialien hervor. Die grammatikalische Interpretation führe zum selben Ergebnis. Wäre die bundesgerichtliche Auffassung zutreffend, würde der Art. 64 Abs. 2 ATSG in die IV-spezifische Definition der Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG eingreifen, was systematisch unhaltbar wäre und gemäss der Einleitung des Art. 64 Abs. 2 ATSG gar nicht gewollt sein könne. Also spreche auch die systematische Auslegung gegen die Auffassung des Bundesgerichtes. In teleologischer Hinsicht sei zu berücksichtigen, dass die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung nicht der Heilung, sondern der erwerblichen Eingliederung dienen. Es wäre nicht einzusehen, weshalb eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die die spätere Erwerbsfähigkeit gefährden würde, (IV-fiktiv) unbehandelt bleiben müsste, nur weil sie ihre Ursache in einem Unfall fände. Das hätte nämlich zur Folge, dass die Invalidenversicherung nur jene Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund einer Gefährdung der zukünftigen Erwerbsfähigkeit behandeln lassen könnte, die auf eine Krankheit zurückzuführen wären, was bedeuten würde, dass die Invalidenversicherung (IV-fiktiv) einfach zusehen müsste, wie eine unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung später zu einer Rente führen würde. Auch aus teleologischer Sicht könne der Art. 64 Abs. 2 ATSG folglich nur Sozialversicherungszweige meinen. Der Versicherte sei nicht obligatorisch unfallversichert im Sinne des UVG gewesen, weshalb zum Vorneherein nur entweder eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung oder eine Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherung zur Diskussion gestanden habe. Die Unterscheidung zwischen Unfall und Krankheit sei dabei irrelevant gewesen. Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung habe nach Art. 64 Abs. 2 ATSG in jedem Fall vorgehen müssen. Da die Voraussetzungen des Art. 12 Abs. 1 IVG erfüllt gewesen seien, sei die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig gewesen.



B.b. Das Bundesgericht hob diesen Entscheid mit einem Urteil vom 15. Dezember 2021 auf (9C_386/2021). Es hielt fest, die Anwendbarkeit des Art. 64 ATSG bedinge, dass die Leistungsvoraussetzungen mehrerer Sozialversicherer gleichzeitig erfüllt seien. Der Bundesrat habe im Art. 2 Abs. 4 IVV vorgesehen, dass die Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten nicht als eine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG gelte. Sollte die zur Diskussion stehende Gesundheitsbeeinträchtigung des Versicherten die Folge eines Unfalls gewesen sein, träge die Invalidenversicherung keine Leistungspflicht, womit gar keine Koordinationsproblematik vorläge. Das Versicherungsgericht habe die Frage, ob die Epiphysenlösung als unfallbedingt zu qualifizieren sei, nicht beantwortet. Aus Rechtsschutzgründen (kein Verlust der ersten und einzigen Instanz mit freier Beweiswürdigung) sei die Sache zur Beantwortung dieser Frage und zur neuen Entscheidung an das Versicherungsgericht zurückzuweisen.

Erwägungen

1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2020 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich auf die Frage beschränkt, ob die Voraussetzungen für medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 12 IVG im Zusammenhang mit der im April 2018 eingetretenen Epiphyseolysis femoris capitis rechts erfüllt gewesen sind.

2.

2.1. Das Versicherungsgericht hat es im Entscheid IV 2020/128 vom 1. Juni 2021 versehentlich versäumt, sich mit dem Art. 2 Abs. 4 IVV zu befassen, dem das Bundesgericht in seinem Urteil 9C_386/2021 vom 15. Dezember 2021 eine ausschlaggebende Bedeutung zugemessen hat. Dieses Versäumnis ist nun nachzuholen. Der Art. 2 Abs. 4 IVV ist eine Ausführungsnorm zum Art. 12 Abs. 1 IVG, laut dem Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf jene medizinischen Massnahmen haben, die nicht auf die Behandlung eines Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Anders als im Anwendungsbereich



des Art. 13 IVG hängt die Leistungspflicht der Invalidenversicherung also nicht primär von der Art des Gebrechens oder davon ab, auf welche Ursache die Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführen ist; ausschlaggebend ist vielmehr die Eingliederungswirksamkeit der Behandlung. Das geht bereits aus der Botschaft zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (BBI 1958 II 1137 ff.) eindeutig hervor: „Die Abgrenzung der von der Versicherung [nach Art. 12 IVG] zu gewährenden Massnahmen gegenüber den weiteren medizinischen Massnahmen soll somit weder durch eine Aufzählung der in Betracht fallenden Gesundheitsschädigungen noch durch Aufstellen einer Liste der einzelnen Massnahmen erfolgen, sondern es soll einzig auf den Zweck abgestellt werden zu dem eine medizinische Massnahme im Einzelfall durchgeführt wird“ (BBI 1958 II 1177). Dieser Zielsetzung Rechnung tragend hat das Bundesgericht vor der Beschränkung des Anspruchs auf weniger als 20 Jahre alte Versicherte für minderjährige, noch nicht erwerbstätige Versicherte eine Ausnahme von seiner Grundsatzpraxis („keine Vergütung von Kosten einer Dauerbehandlung“) eine Vergütung der Kosten selbst für eine Behandlung von unbestimmt langer Dauer gestützt auf den Art. 12 IVG geschaffen für jene Fälle, in denen ohne diese Behandlung „eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden“ (vgl. ZAK 1981 S. 547; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 12 N 33, mit Hinweisen). Das belegt, dass dem Eingliederungszweck des Art. 12 IVG auch in der Rechtsprechung eine hohe Bedeutung zugemessen worden ist. Mit der bei der fünften IVG-Revision eingeführten Beschränkung des Anspruchs auf medizinische Eingliederungsmassnahmen auf Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, ist dieser „altrechtliche Ausnahmefall“ zum „neurechtlichen Normalfall“ geworden. Ausschlaggebend ist also allein, ob eine medizinische Massnahme geeignet ist, die spätere (für Kinder) oder die bereits laufende (für Jugendliche) Eingliederung ins Erwerbsleben massgeblich zu beeinflussen.

2.2. Im Art. 12 Abs. 2 IVG hat der Gesetzgeber den Bundesrat befugt, die Massnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. „Dabei handelt es sich nicht um eine Einschränkung der Ansprüche gemäss Absatz 1, sondern um die Festsetzung der Grenzen in Fällen, in denen sich die Unterscheidung zwischen medizinischen Eingliederungsmassnahmen und der Behandlung des Leidens an sich nicht ohne weiteres ergibt“ (BBI 1958 II 1257). Der Art. 12 Abs. 2 IVG befugt den Bundesrat also offenkundig nicht dazu, den Anwendungsbereich des Art. 12 Abs. 1 IVG einzuschränken; die Befugnis des Bundesrates beschränkt sich allein darauf, Abgrenzungsprobleme zu lösen. Das ist



dem Verordnungsgeber durchaus bewusst gewesen (vgl. ZAK 1967 S. 579), wenn er auch bei der Ausgestaltung der Verordnungsregelung in der irrigen Meinung, bei gewissen pathologischen Zuständen sei eine medizinische Therapie von vorneherein immer nur auf eine Behandlung des Leidens an sich gerichtet (vgl. ZAK 1968 S. 11), teilweise über das Ziel hinausgeschossen ist. Der Art. 2 Abs. 1 IVV macht allerdings klar, dass die Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigung bezüglich der Leistungspflicht der Invalidenversicherung nach Art. 12 IVG grundsätzlich keine Rolle spielen darf, da ausdrücklich jeder „Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls“ erfasst wird. Der Art. 2 Abs. 4 IVV darf also nicht so verstanden werden, dass er eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung nach Art. 12 IVG generell für alle medizinischen Behandlungen ausschliesse, wenn die zu behandelnde Gesundheitsbeeinträchtigung auf einen Unfall zurückzuführen sei. Das zeigt auch die Rz. 40.1 KSME, wonach nur jene medizinischen Massnahmen von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausgeschlossen sein sollen, die in einem „engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Behandlung primärer Unfall- oder Krankheitsfolgen“ stehen. Damit stellt sich die Anschlussfrage, ob mit dem Begriff „Verletzungen“ im Art. 2 Abs. 4 IVV nur die Folgen eines Unfalls im Sinne des Art. 4 ATSG oder aber auch die Folgen von anderen traumatischen Ereignissen gemeint sind. Massgebend für die Beantwortung dieser Frage ist der Umstand, dass der Art. 2 Abs. 4 IVV nicht darauf abzielt, Krankheits- von Unfallfolgen abzugrenzen und letztere generell von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung auszuschliessen. Eine solche Abgrenzung liesse sich denn auch nicht mit dem Sinn und Zweck des Art. 12 Abs. 1 IVG vereinbaren, da es diesem diametral zuwiderlaufen würde, wenn die Invalidenversicherung eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten nicht mit medizinischen Massnahmen abwenden könnte, nur weil die Gesundheitsbeeinträchtigung auf einen Unfall zurückzuführen wäre. Vielmehr soll der Art. 2 Abs. 4 IVV gemäss der Rz. 40.1 KSME alle medizinischen Massnahmen von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausschliessen, die in einem „engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Behandlung primärer Unfall- oder Krankheitsfolgen“ stehen. Das bedeutet, dass die unmittelbare Behandlung nach einer Verletzung nicht zulasten der Invalidenversicherung gehen soll, weil sie nach Art. 2 Abs. 4 IVV (fiktiv) immer als eine Behandlung des Leidens an sich zu qualifizieren ist. Das muss selbstverständlich nicht nur für die Folgen eines Unfalls im Sinne des Art. 4 ATSG, sondern namentlich auch für die Folgen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG gelten, also für Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch ein „Trauma“ hervorgerufen worden sind, das nicht als ein Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG zu qualifizieren ist, im alltäglichen Sprachgebrauch aber als ein Unfall bezeichnet würde, wozu typischerweise Sportverletzungen gehören. Der



Verordnungsgeber muss also den Begriff „Unfall“ im Art. 2 Abs. 4 IVV ganz bewusst vermieden haben. Hätte er die Leistungspflicht für die Erstbehandlung nur – spezifisch – bei Unfällen im Sinne des Art. 4 ATSG und bei unfallähnlichen Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG ausschliessen wollen, hätte er die entsprechenden termini technici verwendet. Tatsächlich hat er aber den – unspezifischen – Begriff „Verletzungen“ gewählt, was nur so interpretiert werden kann, dass die Invalidenversicherung bei all jenen Ereignissen, die im alltäglichen Sprachgebrauch als ein Unfall, respektive bei all jenen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die im alltäglichen Sprachgebrauch als eine (traumatische) Verletzung bezeichnet würden, keine Leistungspflicht für die Erstbehandlung treffen soll.

2.3. Der Versicherte hat sich im Rahmen einer Schulmeisterschaft bei einem Fussballspiel verletzt. Entgegen der von den beiden Parteien vertretenen Auffassung spielt es für die Anwendung des Art. 2 Abs. 4 IVV keine Rolle, ob jenes Ereignis als ein Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG zu qualifizieren ist, weshalb die Details des Vorfalls irrelevant sind. Massgebend ist nur, dass sich der Versicherte beim Fussballspiel eine Verletzung im Sinne des alltäglichen Sprachgebrauchs zugezogen hat, denn nach Art. 2 Abs. 4 IVV hat das bereits genügt, um die Leistungspflicht der Invalidenversicherung für die Erstbehandlung auszuschliessen. An sich wäre nun zu prüfen, welche Vorkehren noch zu jener Erstbehandlung gehört haben und welche medizinischen Massnahmen Teil der anschliessenden Weiterbehandlung gebildet haben, für die die Beschwerdegegnerin möglicherweise eine Leistungspflicht nach Art. 12 IVG getroffen hätte. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 9C_386/2021 vom 15. Dezember 2021 aber eindeutig zu verstehen gegeben, dass die Beschwerdegegnerin nicht nur für die Erstbehandlung, sondern für *sämtliche* medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit der Epiphyseolysis capitis femoris rechts keine Leistungspflicht nach Art. 12 IVG treffe, falls es sich dabei um eine Verletzung gehandelt habe. Diese Vorgabe an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ist nicht nachvollziehbar, weil sie sich nicht mit dem Art. 2 Abs. 1 und 4 IVV vereinbaren lässt (Leistungsausschluss nur für die Erstbehandlung). Nichtsdestotrotz ist sie verbindlich, da das Bundesgerichtsurteil mit seiner Eröffnung formell rechtskräftig geworden ist. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach Art. 12 IVG ist deshalb nicht nur für die Erstbehandlung, sondern für sämtliche medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit der Epiphyseolysis capitis femoris rechts ausgeschlossen. Die Verfügung vom 13. Mai 2020 erweist sich damit im Ergebnis als rechtmässig. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

3.



St.Galler Gerichte

Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von dieser geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.