



**Fall-Nr.:** IV 2012/256 + IV 2013/203  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.08.2019  
**Entscheiddatum:** 26.11.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.11.2013**

**Art. 12 und 13 IVG, Verordnung über Geburtsgebrechen GgV, Geburtsgebrechen Nr. 178 (angeborene Tibia-Innen- und Aussentorsion, ab vollendetem vierten Lebensjahr, sofern eine Operation notwendig ist); Verwaltungsweisung KSME Rz 738/938.3 und Rz 1013; Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Die Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten einer Hemiepiphysiodese (wachstumslenkende operative Intervention) durch die Invalidenversicherung zur Korrektur von O-Beinen (Genua vara) sind nach Art. 12 IVG erfüllt, wenn das Kind noch in der Wachstumsphase steht und ein bereits relativ stabiler Defektzustand besteht. Die Hemiepiphysiodese ist ein milderer, einfacherer, zweckmässigerer und kostengünstigerer Eingriff als eine Osteotomie. Unterlassene Abklärung, ob ein Geburtsgebrechen vorliegt (Art. 13 IVG). Verzicht auf Rückweisung der Streitsache zur medizinischen Abklärung, weil die Kosten für die beantragte Behandlung bereits gemäss Art. 12 IVG zu übernehmen sind.**

Gutheissung der Beschwerde der involvierten Krankenversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2013, IV 2012/256 und IV 2013/203).

Die Einzelrichterin

hat

am 26. November 2013

in Sachen

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



St.Galler Gerichte

**Beschwerdeführerin,**

und

**A.\_\_\_\_,**

**Beigeladene,**

vertreten durch B.\_\_\_\_,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**medizinische Massnahmen**

in Erwägung gezogen:

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_, geboren 19\_\_, wurde am 26. August 2008 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen für die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 387 (angeborene Epilepsie; vorliegend infantile Absenzen-Epilepsie) für den Zeitraum vom 16. Juni 2008 bis zum 30. Juni 2013 (IV-act. 9) erteilt.

A.b Die Eltern der Versicherten beantragten am 7. Februar 2010 die Versorgung von A.\_\_\_\_s flexiblen Plattfüssen mittels proprioceptiven Fussorthesen (IV-act. 11). Das Ostschweizer Kinderspital berichtete am 1. März 2010 (IV-act. 14), anlässlich einer Untersuchung vom 26. Januar 2010 seien Genua vara, ein flexibler Plattfuss und ein Verdacht auf eine vermehrte tibiale Aussentorsion links diagnostiziert worden. Diese



Diagnosen würden den Geburtsgebrechen Nr. 177 (übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten), Nr. 178 (angeborene Tibia-Innentorsion und Tibia-Aussentorsion) sowie Nr. 193 (angeborener Plattfuss) entsprechen. Bezüglich der flexiblen Plattfüsse seien proprioceptive Fussorthesen angepasst worden. Hinsichtlich der Genua vara sei eine Korrektur durch eine Hemiepiphysiodese zu empfehlen. Weil das Skeletalter der Versicherten jedoch knapp zwei Jahre hinter dem „chronologischen Alter“ zurückliege, sei vorerst noch zuzuwarten. Ohne Behandlung sei eine Fehlbelastung mit entsprechender frühzeitiger Arthrose möglich. Am 12. Mai 2010 (IV-act. 15) gab Dr. med. C.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) eine Aktenbeurteilung ab. Er führte u.a. aus, als Voraussetzung für die Zusprache des Geburtsgebrechens Nr. 178 gelte: „... sofern Operation notwendig ist“. Da aktuell keine Operation geplant sei und allenfalls eine Hemiepiphysiodese erst später durchgeführt werde, werde auf eine ausführliche Beurteilung verzichtet. Hinsichtlich der Epiphysiodese sei im Sinn der Rz. 1013 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME) im Übrigen zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 IVG erfüllt seien. Zusammenfassend seien die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen bei keinem der beantragten Geburtsgebrechen erfüllt. Sollte die in Erwägung stehende Operation zu einem späteren Zeitpunkt tatsächlich stattfinden, müsse erneut geprüft werden, ob Leistungen im Rahmen der Art. 12 f. IVG zuzusprechen seien.

A.c Mit einer Verfügung vom 2. August 2010 (IV-act. 21; vgl. IV-act. 17) verweigerte die IV-Stelle die Kostenübernahme für die beantragten proprioceptiven Fussorthesen. Sie führte u.a. aus, für die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 178 würden die Kosten übernommen, wenn eine Operation notwendig werde. Da keine Operation notwendig sei, bestehe diesbezüglich aktuell kein Anspruch auf Leistungen. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Am 17. Januar 2012 (IV-act. 30) teilte das Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit, bei der Versicherten werde eine Hemiepiphysiodese zur Korrektur der Genua vara durchgeführt. Am 19. Februar 2012 (IV-act. 31) berichtete das Ostschweizer Kinderspital, die Fehlbelastung zufolge der Genua vara beidseits wirke sich auf den



Schulbesuch aus. Eine spontane Korrektur der Achse sei im Alter von 12,5 Jahren nicht mehr zu erwarten, weshalb eine wachstumslenkende Korrektur mittels einer Hemiepiphysiodese angezeigt sei. Der RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_ hielt in einer Stellungnahme vom 16. April 2012 (IV-act. 32) fest, die Frage, ob die Kosten für die geplante Hemiepiphysiodese von der Invalidenversicherung zu übernehmen seien, sei keine medizinische, sondern eine juristische, weil gemäss Rz. 738.3 KSME zur Korrektur von Genua vara nur die Osteotomie vorgesehen sei. Mit einem Vorbescheid vom 18. April 2012 (IV-act. 34) teilte die IV-Stelle mit, dass die Abweisung des Leistungsbegehrens vorgesehen sei. Zur Begründung führte sie aus, eine Epiphysiodese sei von der Invalidenversicherung nur zu übernehmen, wenn damit ein Längenausgleich der Extremitäten bezweckt werde. Das sei bei der Versicherten aber nicht der Fall. Da es sich bei der wachstumslenkenden Operation nicht um eine Osteotomie handle, seien auch die Voraussetzungen für medizinische Massnahmen nach Rz. 738.3 KSME nicht erfüllt. Zudem liege kein anerkanntes Geburtsgebrechen vor und es fehlten auch die Anspruchsvoraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 IVG. Dagegen wandte die Krankenversicherung der Versicherten am 9. Mai 2012 (IV-act. 38) ein, es sei nicht einzusehen, weshalb die Kosten für die Hemiepiphysiodese nicht gemäss Art. 12 IVG übernommen würden. Die gestellte Diagnose sei im KSME ebenso erwähnt wie die geplante Behandlung. Zwar werde dort die geplante Behandlung nicht mit der gestellten Diagnose in Zusammenhang gebracht, was aber nichts daran ändere, dass es sich bei der Hemiepiphysiodese um eine sinnvolle Behandlungsform von Genua vara handle. Es könne nicht sein, dass mit der Behandlung zugewartet werden müsse, bis die Gesundheitsbeeinträchtigung so weit fortgeschritten sei, dass eine einschneidendere Massnahme durchgeführt werden müsse, bloss weil lediglich die letztere im KSME erwähnt sei.

B.b Am 4. Juni 2012 (IV-act. 39) verfügte die IV-Stelle wie vorgesehen. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, die Eingrenzung der Diagnosen mit den entsprechenden Behandlungen erlaube es der Invalidenversicherung, „geringfügige“ Leiden auszuschliessen. Das werde im KSME festgehalten. Wenn die Voraussetzungen gemäss den Ausführungen der Krankenkasse geprüft würden, wäre die Einteilung gemäss KSME sinnlos. Aus diesem Grund sei an diesen Voraussetzungen festzuhalten. Im vorliegenden Fall könne das Leiden noch mit einer einfacheren Operation behandelt



werden. Die Kosten dafür würden deshalb in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse fallen.

C.

C.a Am 5. Juni 2012 (act. G 1) erhob die Krankenkasse der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Juni 2012. Sie beantragte die Übernahme der Kosten für die Hemiepiphyiodese samt Nachbetreuung. Zur Begründung führte sie aus, es sei unbestritten, dass die vorgesehene Hemiepiphyiodese zur Korrektur der Genua vara nicht ästhetisch motiviert sei, sondern eine Achsenfehlstellung verhindern solle, um starken arthrotischen Veränderungen im jungen Erwachsenenalter vorzubeugen. Nach fachärztlicher Auffassung sei es sehr wahrscheinlich, dass eine Fehlbelastung der Kniegelenke ohne Eingriff zu vermehrten arthrotischen Veränderungen führe, mithin sich ein schwerer und nicht rückgängig zu machender Defektzustand in Form einer Kniegelenksarthrose ausbilde, welcher erhebliche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, hätte. Welche Behandlungsmethode angewendet werde, hänge nicht davon ab, wie schwer der drohende Defekt sei. Dem Argument der Beschwerdegegnerin, (nur) durch eine Differenzierung nach Diagnose und Behandlungsmethode werde es der Invalidenversicherung ermöglicht, geringfügige Leiden auszuschliessen, werde damit jede Grundlage entzogen.

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 20. November 2012 (act. G 6) die Abweisung der Beschwerde. Sie führte zur Begründung im Wesentlichen aus, es bestehe Einigkeit darüber, dass keines der erwähnten Geburtsgebrechen vorliege. Ebenso sei unbestritten, dass eine Behandlung notwendig sei. Umstritten sei bloss, ob die Behandlung mittels Hemiepiphyiodese durch die Invalidenversicherung zu übernehmen sei. Die Übernahme der Kosten für die Hemiepiphyiodese komme bereits deshalb nicht in Betracht, weil diese Behandlungsmethode im KSME gar nicht erwähnt sei. Bei der Hemiepiphyiodese handle es sich im Vergleich zur Osteotomie um einen geringfügigen Eingriff. Gebrechen von geringfügiger Bedeutung würden aber keinen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung begründen.



## St.Galler Gerichte

C.c Mit Replik vom 14. Januar 2013 liess die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

C.d Die am 19. Februar 2013 beigeladene Versicherte (vgl. act. G 11) liess sich nicht vernehmen.

### **Erwägungen:**

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Daneben besteht gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG – ebenfalls bis zum vollendeten 20. Altersjahr – ein Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Diesbezüglich wird die Leistungspflicht der Invalidenversicherung nicht auf jene Behandlungen beschränkt, die auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind. Eine Beschränkung besteht aber hinsichtlich der Leiden, die zum Bezug der Leistungen berechtigen: Nur die anerkannten Geburtsgebrechen vermögen einen Leistungsanspruch nach Art. 13 IVG auszulösen. Die Liste der anerkannten Geburtsgebrechen befindet sich im Anhang zur GgV. Bezüglich der nach Art. 12 IVG zu übernehmenden Behandlungskosten sehen weder das Gesetz noch die Verordnung einen ähnlichen Katalog vor. Es existiert mit anderen Worten keine abschliessende Liste der nach Art. 12 IVG zu übernehmenden Behandlungen bzw. der Leiden, welche eine entsprechende Behandlungspflicht auslösen können. Das bedeutet, dass von Gesetzes wegen grundsätzlich sämtliche notwendigen, geeigneten und verhältnismässigen Massnahmen zur Behandlung sämtlicher Leiden von der Invalidenversicherung zu bezahlen sind, sofern sie auf die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat im KSME einen Katalog aufgestellt, der sich am Anhang zur GgV orientiert. Dieser Katalog hat keinen Gesetzescharakter. Es handelt sich dabei lediglich um eine Verwaltungsweisung, die für das Gericht nicht verbindlich ist. Massgebend bleibt auch in Fällen, für die Verwaltungsweisungen erteilt worden



sind, das Gesetz. Was das Kriterium: „Auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet“ betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass die Praxis dem Wortlaut des Gesetzes als Auslegungselement keine grosse Bedeutung beimisst. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind nämlich bei Personen, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, alle Behandlungsmassnahmen bei einem einigermaßen stabilen Gesundheitszustand als Massnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG zu qualifizieren, weil sie der Eingliederung dienen (vgl. die Darstellung und Zusammenfassung bei Annina Baltisser, Der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG, in: JaSo 2013, S. 111 ff.).

Vorliegend sind die Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten der Hemiepiphysiodese durch die Invalidenversicherung gemäss dem Gesetzeswortlaut und der erwähnten bundesgerichtlichen Praxis erfüllt. Die Beigeladene ist versichert, hat das 20. Altersjahr noch nicht vollendet und leidet an einem relativ stabilen Gesundheitszustand, der durch die beantragte Massnahme dahingehend beeinflusst werden kann, dass ihre Erwerbsfähigkeit prognostisch wesentlich verbessert bzw. vor einer wesentlichen Beeinträchtigung bewahrt wird. Die Verweigerung der Kostengutsprache ist nur damit begründet worden, dass das KSME nur eine Kostenübernahme für eine Osteotomie bei Genua vara vorsehe. Diese Beschränkung hat weder Gesetzes- noch Verordnungscharakter; es handelt sich um eine Verwaltungsweisung. Es ist deshalb zu prüfen, ob sie gesetzmässig und daher auch für das Gericht verbindlich ist.

Art. 12 Abs. 1 IVG lässt sich, abgesehen von den erwähnten Einschränkungen, keine Grundlage für die Beschränkung auf bestimmte Behandlungsmethoden bei bestimmten Krankheitsbildern entnehmen. Gemäss Art. 12 Abs. 2 IVG können allerdings vom Verordnungsgeber Einschränkungen aufgestellt werden. Von dieser Kompetenz ist in Art. 2 IVV Gebrauch gemacht worden. Art. 2 Abs. 1 IVV hat allgemeine Voraussetzungen für die Kostenübernahme zum Gegenstand. Insbesondere wird darin verlangt, dass die Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt seien und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Art. 2 Abs. 2 f. IVV regeln Besonderheiten im Zusammenhang mit Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen. In Art. 2 Abs. 4 IVV wird klargestellt, dass die Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG



gelten. Art. 2 Abs. 5 IVV hat die Anstaltspflege zum Gegenstand. Weder im Gesetz noch in der Verordnung findet die Beschränkung im KSME also eine hinreichende Stütze. Diesbezüglich besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG und solchen nach Art. 13 IVG, denn für letztere sieht die Verordnung bereits eine Beschränkung auf bestimmte Krankheitsbilder vor. Die Beschränkung der Behandlungsmethoden bei Genua vara auf die Osteotomie steht zudem in Widerspruch zu Art. 2 Abs. 1 IVV, weil sie die Durchführung einer einfacheren, kostengünstigeren Behandlungsmethode ausschliesst. Eine Begründung für diesen dem Gesetzeszweck zuwider laufenden Ausschluss ist nicht ersichtlich. Insbesondere verfängt das Argument der Beschwerdegegnerin, damit sollten geringfügigere Leiden ausgeschlossen werden, nicht. Die Beigeladene kann nämlich nicht deshalb mittels einer Hemiepiphysiodese – bei weiter fortgeschrittener Krankheit – anstatt mittels einer Osteotomie behandelt werden, weil die Genua vara nur geringfügig ausgeprägt wären. Der Grund dafür, dass der mildere Eingriff die gewünschte Wirkung erzielen kann, liegt allein darin, dass die Beigeladene sich noch im Wachstumsprozess befindet. Aufgrund der Angaben der Ärzte ist davon auszugehen, dass ohne Hemiepiphysiodese zu einem späteren Zeitpunkt eine Osteotomie durchgeführt werden müsste. Es ist aus der Sicht der Beigeladenen unverhältnismässig, von ihr zu verlangen, dass sie ihre ständig schlimmer werdende Krankheit so lange ertragen müsse, bis nur noch eine Osteotomie sie heilen könne, wenn auch mit einer weniger schwerwiegenden Operation sofort eine Heilung erwirkt werden kann. Daraus folgt, dass das Leiden einen Schweregrad aufweist, der auch gemäss KSME Leistungen der Invalidenversicherung zur Folge hat. Es besteht somit kein Grund, die Kosten für die Hemiepiphysiodese nicht der Invalidenversicherung aufzuerlegen. Dem Sinn und Zweck von Art. 12 IVG und dem Wortlaut von Art. 2 Abs. 1 IVV kann mit der Übernahme der Kosten für die Hemiepiphysiodese sodann besser Rechnung getragen werden, als wenn zu einem späteren Zeitpunkt eine Osteotomie durchgeführt würde, weil die Hemiepiphysiodese einfacher und verhältnismässiger ist als eine Osteotomie. Die enge Auslegung des KSME durch die Beschwerdegegnerin ist demnach gesetzwidrig. Diese hat die Kosten der beantragten Massnahmen zu übernehmen (vgl. auch das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 26. November 2013, IV 2013/203).

Die Beschwerdegegnerin hat überdies nicht beachtet resp. übersehen, dass sie eine Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Nr. 178 im Jahr 2010 bloss deshalb



verweigert hat, weil damals noch keine Operation indiziert gewesen ist. Es ist keineswegs klar, dass die Voraussetzungen für eine Kostengutsprache im Rahmen des Geburtsgebrechens Nr. 178 nicht in Betracht fällt. Genua vara können aus medizinischer Sicht offenbar angeboren oder erworben sein. Vorliegend sind keine Anhaltspunkte für erworbene Genua vara aus den Akten ersichtlich (wie beispielsweise eine Skeletterkrankungen oder eine Deformitätsheilung nach Unfall). Der massgebende Sachverhalt ist diesbezüglich bislang noch nicht abgeklärt worden, und es ist insbesondere fraglich, ob es sich bei der Versicherten um ein angeborenes Leiden handelt. Für eine Kostengutsprache gemäss Art. 13 IVG wären deshalb noch weitere Abklärungen erforderlich, weshalb die Angelegenheit hierfür an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden müsste. Weil die Kosten für die beantragte Behandlung aber bereits gemäss Art. 12 IVG zu übernehmen sind, erübrigen sich diese weiteren Abklärungen.

Die Beschwerde ist gutzuheissen. Die Beschwerdegegnerin hat die gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG zu erhebenden und angesichts des unterdurchschnittlichen Aufwandes auf 400 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.

Die obsiegende Krankenversicherung hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 149 Erw. 4a mit Hinweisen).

In einfachen Fällen können gemäss Art. 17 Abs. 2 des St. Galler Gerichtsgesetzes (sGS 941.1) in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 der Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes vom 2. Dezember 2010 (OrgV; sGS 941.114) einzelrichterliche Entscheide gefällt werden, wobei insbesondere Streit-sachen mit einem unbestrittenen oder eindeutigen Sachverhalt, die auf Grund einer klaren Rechtslage und einer feststehenden Gerichtspraxis beurteilt werden können, als einfache Fälle gelten (Art. 19 Abs. 2 OrgV). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die Streitsache kann deshalb einzelrichterlich beurteilt werden.

Demgemäss hat die Einzelrichterin im Verfahren gemäss Art. 19 OrgV entschieden:



## St.Galler Gerichte

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2012 aufgehoben; die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für die beantragte Behandlung (Hemiepiphysiodese) zu übernehmen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 400.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.