



**Fall-Nr.:** IV 2013/150  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.10.2019  
**Entscheiddatum:** 04.02.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.02.2016**

**Art. 13 Abs. 1 IVG. Geburtsgebrechen. Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation als Vorbereitung auf eine Herztransplantation (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Februar 2016, IV 2013/150).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2013/150

Parteien

**Avanex Versicherungen AG**, Recht, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**IV-Leistungen (Kostenübernahme REHA, A.\_\_\_\_,**



### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde im Juli 2009, wenige Wochen nach ihrer Geburt, unter Hinweis auf einen Herzfehler zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen angemeldet (IV-act. 1). Am 29. Juli 2009 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ die Versicherte leide an einem Ventrikelseptumdefekt; es liege ein Geburtsgebrechen im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV vor (IV-act. 5). Mit einer Verfügung vom 11. August 2009 anerkannte die IV-Stelle das Vorliegen eines Geburtsgebrechens im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV (IV-act. 8). Am 31. Oktober 2012 ersuchte PD Dr. med. C.\_\_\_\_ vom Rehabilitationszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich um eine Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation (IV-act. 86). Er führte aus, der geplante Aufenthalt diene hauptsächlich der konstitutionellen Vorbereitung auf eine bevorstehende Herztransplantation. Zudem solle eine Intensivierung der fein- und grobmotorischen Entwicklungsförderung sowie eine Verbesserung des Spielverhaltens und der psychomotorischen Entwicklung, verbunden mit einer Sozialisierung in einer geeigneten Gruppe und im therapeutischen Umfeld, erfolgen. Geplant sei eine fünfwöchige Behandlung in enger Kooperation mit dem kaderärztlichen Dienst der Kardiologie des Kinderspitals und mit der Ernährungsberatung. Am 16. November 2012 notierte Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 88), beim vorgeschlagenen Aufenthalt könne es sich nicht um eine Rehabilitation im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV handeln, denn als solche müsste sich die Rehabilitation nach dem klinischen Zustand der Versicherten richten und einen behandelnden Zweck haben. Bei der vorgeschlagenen Massnahme handle es sich aber um eine sozialmedizinische Massnahme. Die Versicherte sei schon seit Beginn des Jahres 2012 auf der Transplantationsliste angeführt. Ein Termin für die Transplantation stehe noch nicht fest, könne aber notfallmässig folgen, sodass dann gar keine Zeit für eine zusätzliche Vorbereitung mehr zur Verfügung stehe. Eine Entwicklungsförderung könne auch ambulant durchgeführt werden. Der Aufenthalt sei zur Vorbereitung der Transplantation nicht zwingend, weil ja ohnehin nicht bekannt sei, wann diese erfolgen werde. Am 16. November 2012 teilte die IV-Stelle dem Rehabilitationszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich mit, dass sie keine Kostengutsprache für die vorgesehene Rehabilitation erteilen könne (IV-act. 89).



A.b Am 11. Dezember 2012 antwortete Dr. C.\_\_\_\_ (IV-act. 92–1 f.), er könne sich der Argumentation im Schreiben vom 16. November 2012 nicht anschliessen. Aus medizinischer Sicht sei es wichtig, dass die Versicherte in einem möglichst guten Zustand zur Transplantation geführt werde. Momentan befinde sie sich in einem suboptimalen Zustand, was einzig und allein eine Folge des Geburtsgebrechens sei. Einer Transplantation könne nur dann ein Erfolg beschieden sein, wenn sich die Versicherte in einer angemessenen Verfassung befinde. Die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit seien erfüllt. Die Frage, ob es sich beim Rehabilitationsaufenthalt um eine sozialmedizinische Behandlung handle, sei irrelevant, denn entscheidend sei, dass die stationäre Behandlung aus kardiologischer Sicht notwendig sei. Aktuell finde zwar eine ambulante Entwicklungsförderung statt. Der Vorteil einer stationären Therapie bestehe aber darin, dass sämtliche therapeutischen Disziplinen koordiniert werden könnten und dass dadurch ein Anstoss zur Initialisierung weiterer Entwicklungsschritte gegeben werden könne. Gleichentags hatte Dr. C.\_\_\_\_ die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Versicherten um eine Kostengutsprache für den Rehabilitationsaufenthalt ersucht (IV-act. 92–3 ff.). Diese ersuchte die IV-Stelle am 27. Dezember 2012 um den Erlass einer Verfügung (IV-act. 97). Mit einem Vorbescheid vom 25. Januar 2013 teilte die IV-Stelle in der Folge nochmals mit, dass sie keine Kostengutsprache für den geplanten Rehabilitationsaufenthalt leisten werde (IV-act. 100). Dagegen wandte die Krankenpflegeversicherung am 18. Februar 2013 ein (IV-act. 103), zwei ihrer Vertrauensärzte hätten die Notwendigkeit des Rehabilitationsaufenthaltes zur Vorbereitung auf die Herztransplantation bestätigt, weshalb die IV-Stelle dessen Kosten zu übernehmen habe. Der Eingabe lag eine Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2013 bei (IV-act. 103–6), der ohne eine Begründung empfohlen hatte, den Entscheid der IV-Stelle als nicht korrekt anzufechten. Weiter lag eine Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2013 bei (IV-act. 103–5), der ausgeführt hatte, dass ihn die Argumentation der IV-Stelle nicht überzeuge. Selbstverständlich bestehe ein enger Zusammenhang zwischen der geplanten stationären Rehabilitation und der Herztransplantation. Insbesondere gelte es, den Ernährungszustand zu verbessern, damit die Versicherte nicht untergewichtig werde und wieder von der Transplantationsliste gestrichen werde. Die Bildung einer gewissen körperlichen Reserve sei für das Überleben der Operation wichtig. Bis anhin sei die Versicherte ambulant behandelt worden. Mit Blick auf die anstehende



Transplantation seien intensivierete Massnahmen zur Vorbereitung indiziert. Da von den ambulanten Massnahmen keine massgeblichen Fortschritte mehr zu erwarten seien, komme folgerichtig eine stationäre Behandlung zur Anwendung. In der Nachbetreuung werde dann das in der stationären Rehabilitation erreichte Niveau gehalten werden können. Der RAD-Arzt Prof. D.\_\_\_\_ hielt am 22. Februar 2013 fest (IV-act. 104), er verstehe die Argumente der ärztlichen Stellungnahmen nicht. Wenn die Versicherte Probleme mit dem Herzen habe, die vor der Transplantation verbessert werden müssten, müsse sie im Kinderspital behandelt werden. Falls der Rehabilitationsaufenthalt für die Vorbereitung zur Transplantation medizinisch so wichtig sei, dann müsse er ja bis zur Transplantation andauern und nicht nur fünf Wochen dauern. Erstaunlich sei auch, dass der Rehabilitationsaufenthalt erst dann beginnen werde, wenn die Kostengutsprache der IV-Stelle vorliege. Aktuell könne folglich keine Dringlichkeit vorliegen. Die IV-Stelle komme bereits für die ausreichenden ambulanten Massnahmen auf. Mit einer Verfügung vom 26. Februar 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 105).

B.

B.a Am 9. April 2013 erhob die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 26. Februar 2013 sowie eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Durchführung von weiteren Abklärungen. Zur Begründung führte sie aus, die Vertrauensärzte hätten dafür gehalten, dass eine ambulante Behandlung nicht zur Vorbereitung auf die anstehende Herztransplantation ausreiche. Folglich sei die vorgesehene Rehabilitation für die Behandlung des Geburtsgebrechens notwendig.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. Mai 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, der Rehabilitationsaufenthalt sei keine unabdingbare Voraussetzung für die anstehende Herztransplantation. Sie verweise vollumfänglich auf die nachvollziehbaren Stellungnahmen des RAD-Arztes Prof. D.\_\_\_\_.

B.c Mit einer Replik vom 1. Juli 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 6).



B.d Die Versicherte liess sich nicht vernehmen (vgl. act. G 9).

### Erwägungen

1.

Gemäss dem Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung der eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auslösenden (vgl. Art. 13 Abs. 2 IVG) Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Die Beschwerdeführerin hat bereits in ihrer Verfügung vom 11. August 2009 verbindlich festgestellt, dass die Versicherte an einem Geburtsgebrechen, nämlich an einem Herzfehler im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV, leidet. Mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2013 hat sie ein Leistungsbegehren abgewiesen, weil es sich ihrer Ansicht nach bei der beantragten Leistung nicht um eine notwendige medizinische Massnahme zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV handelt. Dadurch ist die verbindliche Feststellung der Verfügung vom 11. August 2009, dass bei der Beschwerdeführerin ein Geburtsgebrechen Ziff. 313 Anh. GgV vorliege, offensichtlich nicht tangiert worden. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren kann deshalb nur die Frage beantwortet werden, ob die beantragte stationäre Rehabilitation als eine notwendige medizinische Massnahme zur Behandlung des bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV zu qualifizieren sei.

2.

2.1 Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin und der behandelnde Facharzt haben die beantragte stationäre Behandlung als medizinisch notwendig qualifiziert. Der Vertrauensarzt Dr. F.\_\_\_\_ und der Facharzt Dr. C.\_\_\_\_ haben plausibel dargelegt, weshalb die für die Dauer der stationären Behandlung vorgesehenen Massnahmen mit Blick auf die anstehende Herztransplantation notwendig seien. Aus der Sicht eines medizinischen Laien ist nachvollziehbar, dass die Versicherte über ausreichende körperliche Reserven für den schwerwiegenden Eingriff verfügen und dass eine optimale körperliche Verfassung sichergestellt sein muss. In seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 hat Dr. C.\_\_\_\_ zwar auch eine Intensivierung der fein- und



grobmotorischen Entwicklungsförderung, eine Verbesserung des Spielverhaltens, eine Verbesserung der psychomotorischen Entwicklung und eine Verbesserung der Partizipationsfähigkeiten der Versicherten als (weitere) Ziele der stationären Behandlung angeführt. Dabei hat es sich aber augenscheinlich nur um (erwünschte) Nebeneffekte der geplanten stationären Behandlung zur Vorbereitung auf die Herztransplantation gehandelt. Der Umstand, dass die stationäre Behandlung auch den erwähnten Sekundärzielen dient, spricht nicht gegen die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung zur Vorbereitung auf die Herztransplantation. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung hängt somit massgeblich davon ab, ob die intensivere, aber auch wesentlich teurere stationäre Behandlung verhältnismässig respektive notwendig ist oder ob die laufenden ambulanten Massnahmen auch hinsichtlich der Vorbereitung auf die Herztransplantation als ausreichend zu qualifizieren sind. Dabei kann es keine entscheidende Rolle spielen, wie viel Zeit zwischen der stationären Rehabilitation und der Operation vergehen wird, denn die Dres. C. \_\_\_ und F. \_\_\_ haben überzeugend dargelegt, dass der Gesundheitszustand der Versicherten durch die stationäre Behandlung wesentlich verbessert und dass dieses höhere Niveau anschliessend mittels der ambulanten Behandlung gehalten werden könne. Dies scheint der RAD-Arzt übersehen zu haben, denn er ist implizit davon ausgegangen, dass der Zustand der Versicherten nach der stationären Behandlung wieder auf das Niveau vor der stationären Behandlung abfallen werde. Irrelevant ist auch, dass die Operation auch ohne eine stationäre Behandlung durchgeführt würde, wenn überraschend ein Spenderherz zur Verfügung stünde. In dieser Situation müsste infolge der zeitlichen Dringlichkeit ein suboptimales Vorgehen in Kauf genommen werden, weil das damit verbundene Zusatzrisiko weniger schwer als das Verpassen der Gelegenheit zur Transplantation und die daraus resultierende Notwendigkeit, mit der Operation auf unbestimmte Zeit zu warten zu müssen, wiegen würde. Aus dieser Risikoabwägung können keine Schlüsse für das Vorgehen im Idealfall gezogen werden. Der Umstand, dass bei einer zeitlichen Dringlichkeit auf eine medizinisch indizierte Vorbereitung verzichtet würde, bedeutet mit anderen Worten nicht, dass in jedem Fall auf diese Vorbereitung verzichtet werden könnte. Massgebend ist also nur, ob die Mehrkosten der stationären Behandlung im Vergleich zur (laufenden) ambulanten Behandlung medizinisch gerechtfertigt sind.



2.2 Der behandelnde Facharzt Dr. C.\_\_\_\_ hat geltend gemacht, dass der Gesundheitszustand der Versicherten mittels der laufenden ambulanten Behandlung nicht mehr weiter habe verbessert werden können und dass dieser (stabile) Zustand nicht dem Idealzustand für die anstehende Herztransplantation entspreche. Die Annäherung an diesen Idealzustand bedinge eine Intensivierung der Therapien, die nur in einem stationären Rahmen möglich sei. Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin haben sich dieser Auffassung angeschlossen. Die begründete Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ und auch die unbegründete Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ können nur so verstanden werden, dass diese beiden Vertrauensärzte eine entsprechende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bejaht hätten, wenn keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Diskussion stünde. Die beiden Vertrauensärzte haben die beantragte stationäre Behandlung mit anderen Worten als eine Pflichtleistung im Sinne des KVG qualifiziert, für die die Beschwerdeführerin entsprechend grundsätzlich hätte aufkommen müssen. Tatsächlich sieht der Art. 25 KVG eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für stationäre Behandlungen (Abs. 2 lit. a) respektive für eine medizinische Rehabilitation (Abs. 2 lit. d) vor, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Unter der Ziff. 11 im Anh. 1 zur KLV werden spezifische Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen angeführt, die im vorliegenden Fall erfüllt sein dürften. Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin hätten also eine entsprechende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bejaht, wenn die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht getroffen hätte.

2.3 Der Art. 25 Abs. 1 KVG bezweckt, den obligatorisch Krankenpflegeversicherten die Leistungen zukommen zu lassen, die diese für die Diagnose oder für die Behandlung einer Krankheit und deren Folgen benötigen. Der Art. 13 Abs. 1 IVG verfolgt denselben Zweck. Die teleologische Interpretation des Art. 13 Abs. 1 IVG ergibt also, dass dessen Sinn und Zweck jenem des Art. 25 Abs. 1 KVG entspricht. Da der Art. 25 Abs. 1 KVG wesentlich häufiger als der Art. 13 Abs. 1 IVG angewendet wird, ist die Praxis zum Art. 25 Abs. 1 KVG erheblich umfangreicher als jene zum Art. 13 Abs. 1 IVG. Folglich liegt es nahe, für die Interpretation des Art. 13 Abs. 1 IVG auf den reichhaltigeren „Erfahrungsschatz“ zum Art. 25 Abs. 1 KVG zurückzugreifen. Das bedeutet, dass unter dem unbestimmten Rechtsbegriff des für die Behandlung einer Krankheit und deren Folgen benötigten Leistungen im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG dasselbe wie unter dem



## St.Galler Gerichte

ebenfalls unbestimmten Rechtsbegriff der notwendigen medizinischen Massnahmen im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG zu verstehen ist. Handelt es sich bei einer bestimmten Massnahme also um eine benötigte Leistung im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG, muss es sich dabei auch um eine medizinisch notwendige Massnahme im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG handeln.

2.4 Da die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin die beantragte stationäre Behandlung sinngemäss als eine KVG-Pflichtleistung respektive als eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auslösende Leistung im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG qualifiziert haben, muss es sich dabei auch um eine medizinisch notwendige Massnahme im Sinne des Art. 13 IVG handeln. Folglich hat die Beschwerdegegnerin für die Kosten der beantragten stationären Behandlung aufzukommen. Weil aber die Behandlung im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung noch nicht durchgeführt worden ist und weil deshalb noch nicht festgestanden hat, wie teuer die Behandlung sein würde, kann nur dem Grundsatz nach festgestellt werden, dass die Versicherte einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten der Behandlung durch die Beschwerdegegnerin hat. Diese wird nach der Durchführung der Behandlung den Betrag der Kostengutsprache definitiv festzusetzen und entsprechend zu verfügen haben. Folglich ist die Sache zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin die gemäss dem Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die Beschwerdeführerin hat als Bundesrecht vollziehendes Organ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



## St.Galler Gerichte

1.

Es wird festgestellt, dass es sich bei der am 31. Oktober 2012 beantragten stationären Behandlung im Rehabilitationszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich um eine notwendige medizinische Massnahme im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV handelt; die Sache wird für den Erlass des rechtsgestaltenden Entscheides nach der Behandlung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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