



Fall-Nr.: IV 2013/383
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.05.2020
Entscheiddatum: 09.03.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 09.03.2015

Art. 13 IVG. Ziff. 171 und 178 Anh. GgV. Ausschluss der Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei geringfügigen Geburtsgebrechen. Bedeutung allfälliger detaillierter Kriterien zur Geringfügigkeit im Kreisschreiben (KSME) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2015, IV 2013/383).

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 9. März 2015

in Sachen

Krankenkasse SLKK, Hofwiesenstrasse 370, 8050 Zürich,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

medizinische Massnahmen (für A.____)

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ wurde am 8. Oktober 2012 unter Hinweis auf die Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 178 Anh. GgV zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Die Kinderorthopädin Dr. med. B.____ vom Ostschweizer Kinderspital berichtete am 16. November 2012 (IV-act. 6), die Versicherte leide an einer Coxa antetorta rechts 43° /links 48° sowie an einer verminderten tibialen Aussentorsion rechts 15° /links 21° . Es handle sich dabei um Geburtsgebrechen im Sinne der Ziff. 171 und 178 Anh. GgV. Das Innenrotationsgangbild der Versicherten sei seit dem Kleinkindesalter bekannt. Im Laufe des Wachstums hätten sich diesbezüglich keine Änderungen eingestellt, weshalb sie am 2. November 2011 erstmals vorstellig geworden sei. Damals hätten sich physiologische Beinachsen mit deutlichem toeing-in beidseits und kneeing-in gezeigt. Die Beweglichkeit sei frei, die Aussenrotation rechts aber nur bis 5° und links nur 0° möglich gewesen. In der Folge seien eine CT-Torsionsmessung, eine Ganglaboranalyse und eine Operation mit einem monolateralen Fixateur externe durchgeführt worden. Die Versicherte benötige Unterarmgehstützen und je nach Kniegelenksbeweglichkeit eine Motorschiene. Am 12. Dezember 2012 notierte Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Anspruchsvoraussetzungen seien nicht erfüllt, weil der Anteversionswinkel beidseits weniger als 50° und der Aussentorsionswinkel mehr als 5° betrage (IV-act. 8). Die IV-Stelle teilte der Versicherten gestützt darauf am 4. Januar 2013 mit, dass sie vorsehe, das Leistungsgesuch abzuweisen (IV-act. 10).

A.b Am 7. Januar 2013 ersuchte die Krankenpflegeversicherung der Versicherten um die Zustellung der Akten. Sie erklärte „vorsorglich“, dass sie mit dem vorgesehenen Entscheid nicht einverstanden sei (IV-act. 12). Am 11. Februar 2013 wandten die behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals gegen den vorgesehenen Abweisungsentscheid ein (IV-act. 14), die Versicherte leide seit dem Laufbeginn an einem deutlichen Innenrotationsgang. Die Untersuchungen hätten insbesondere ein externes Knievalgusmoment gezeigt, das aufgrund des erhöhten Drucks auf das laterale Kniegelenk zu einer verfrühten Gelenksabnutzung führen könnte. Weiter hätten sich bereits Kompensationsmechanismen bei zu stark erhöhter Antetorsion und verminderter Aussentorsion des Unterschenkels gezeigt. Die fehlenden 2° des Antetorsionswinkels lägen im Bereich von Messfehlern. Ein gewichtigeres Argument für



einen operativen Eingriff sei die aufgehobene Aussenrotationsfähigkeit im Hüftgelenk. Die vom RAD-Arzt Dr. C.____zitierte Literatur, laut der eine Torsionskorrektur des Unterschenkels erst bei Werten unter 5° indiziert sei, beziehe sich auf den klinischen Aspekt und nicht auf eine CT-Torsionsmessung. Seit der Erstvorstellung zeige sich ein deutlich nach innen gedrehter Fussöffnungswinkel, sodass auch dieser Befund vorliege. Aus diesen Gründen werde um eine Kostengutsprache durch die Invalidenversicherung ersucht. Auf einen entsprechenden Hinweis der IV-Stelle hin (IV-act. 16) unterzeichneten die Eltern der Versicherten diese Eingabe und liessen sie am 25. Februar 2013 der IV-Stelle nochmals zugehen (IV-act. 19). Die Krankenpflegeversicherung der Versicherten wandte am 5. März 2013 ein (IV-act. 20), gemäss dem Kreisschreiben über die medizinische Eingliederung (KSME) sei eine Operationsindikation gegeben, wenn nach dem ersten Derotationsschub zwischen dem sechsten und dem achten Lebensjahr keinerlei spontane Rückbildungstendenz nachweisbar sei oder wenn im Alter von 10–12 Jahren der Antetorsionswinkel noch 50° oder mehr betrage. Da sich bei der Versicherten diesbezüglich seit dem Kleinkindesalter keine Veränderung ergeben habe, sei die erste der beiden alternativen Voraussetzungen erfüllt, weshalb das Geburtsgebrechen Ziff. 171 Anh. GgV anzuerkennen sei und die Kosten der Behandlung durch die Invalidenversicherung zu vergüten seien. In Bezug auf das Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV überzeugten die vom RAD-Arzt Dr. C.____angeführten Literaturstellen nicht, denn in der Literatur würden auch andere Meinungen vertreten. Ausserdem seien im KSME keine Indikationswerte angeführt. Folglich sei auch das Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV anzuerkennen. Am 3. Juni 2013 nahm der RAD-Arzt Dr. C.____Stellung zu den Einwänden der behandelnden Ärzte und der Krankenpflegeversicherung (IV-act. 21). Er hielt fest, der Antetorsionswinkel erreiche nicht den vom KSME geforderten Wert. Der Hinweis auf Messungenauigkeiten sei nicht stichhaltig. Zudem sei der Nachweis, dass keine spontane Rückbildungstendenz erfolgt sei, nicht erbracht worden. Betreffend der verminderten Aussentorsion sei zu erwähnen, dass die präoperative Ganglaboranalyse nicht zielführend sei und daher eine operative Indikation nicht rechtfertigen könne. Zur vom Ostschweizer Kinderspital empfohlenen Therapie lägen keinerlei Langzeitdaten vor. Es fehle folglich auch ein Wirkungsnachweis. Die empfohlene Therapie beruhe lediglich auf einer Hypothese, womit sie weder wirksam noch wirtschaftlich sei.



St.Galler Gerichte

Gesamthaft müsse am ablehnenden Entscheid festgehalten werden. Am 5. Juni 2013 verfügte die IV-Stelle entsprechend (IV-act. 22).

A.c Am 14. Juni 2013 wandte sich das Ostschweizer Kinderspital gegen die Verfügung (IV-act. 24). Die IV-Stelle antwortete am 1. Juli 2013, dass nur die Eltern der Versicherten sich gegen die Verfügung wehren könnten und dass sie dies mittels einer Beschwerde an das Versicherungsgericht tun müssten (IV-act. 25). Am 22. Juli 2013 ging der IV-Stelle das Schreiben vom 14. Juni 2013 erneut zu, dieses Mal allerdings von den Eltern der Versicherten unterzeichnet (IV-act. 28). Am 30. Juli 2013 teilte die IV-Stelle den Eltern der Versicherten mit, dass sie sich nur mittels einer Beschwerde gegen die Verfügung wehren könnten (IV-act. 29).

B.

B.a Am 9. August 2013 erhob die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Juni 2013 (act. G 1). Sie beantragte die Übernahme der Kosten für die Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 178 Anh. GgV durch die Invalidenversicherung und führte zur Begründung aus, dass die Versicherte seit dem Kleinkindalter an einem Innenrotationsgangbild leide, das sich im Laufe des Wachstums nicht verändert habe. Der RAD-Arzt habe seine Behauptungen nicht belegt, die Literaturstellen, auf die er sich gestützt habe, nicht zur Verfügung gestellt und keine Stellung zu den von den behandelnden Ärzten und der Beschwerdeführerin angeführten Literaturstellen genommen. Die relevanten Passagen des KSME seien falsch ausgelegt worden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. November 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie aus, der RAD-Arzt habe ausführlich Stellung zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin genommen und diese widerlegt (vgl. IV-act. 34). Die Leiden der Versicherten wiesen nicht die für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens notwendige Schwere auf. Hinsichtlich der durchgeführten Operation fehle es an der medizinischen Evidenz, weshalb diese Massnahme weder zweckmässig noch wirtschaftlich gewesen sei. Die Kosten der Behandlung könnten weder in Anwendung von Art. 12 IVG noch in Anwendung von Art. 13 IVG übernommen werden.



B.c Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (act. G 8).

B.d Die Eltern der Versicherten liessen sich trotz einer entsprechenden Einladung des Gerichts nicht vernehmen (vgl. act. G 10).

Erwägungen:

1. Die Versicherte ist eingeladen worden, sich als Partei an diesem Beschwerdeverfahren zu beteiligen. Sie bzw. ihre Eltern haben von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht, so dass keine wirksame Beiladung vorliegt. Die Versicherte hat deshalb keine Parteistellung.

2.

2.1 Versicherte haben bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Anspruch auf die Vergütung der zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen erstreckt sich nur auf vom Bundesrat bezeichnete Gebrechen, wobei die Leistung ausgeschlossen sein kann, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Der Bundesrat hat seinen Auftrag an das Departement delegiert (Art. 3 IVV), das eine entsprechende Verordnung erlassen hat, in deren Anhang die anerkannten Geburtsgebrechen aufgelistet sind (Art. 1 Abs. 1 GgV). Im Anhang zur GgV werden *Coxae antetortae* aut *retrotortae congenitae* und angeborene Tibia-Innen- und Tibia-Aussentorsionen ab dem vollendeten vierten Lebensjahr als Geburtsgebrechen anerkannt, sofern eine Operation notwendig ist (Ziff. 171 und 178 Anh. GgV). Mit der Einschränkung, dass die erwähnten Leiden nur dann als Geburtsgebrechen anerkannt würden, wenn eine Operation notwendig sei, hat das Departement geringfügige Leiden im Sinne von Art. 13 Abs. 2 Satz 2 IVG von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausschliessen wollen. Leidet also eine versicherte Person zwar an einem dieser Gebrechen, aber ist nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft keine Operation angezeigt oder würde eine solche den therapeutischen Erfolg nicht in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (vgl. Art. 2 Abs. 3 GgV),



handelt es sich um ein Geburtsgebrechen, für das die Invalidenversicherung zufolge Geringfügigkeit keine Leistungspflicht trifft. Das Departement hat bezüglich der Geringfügigkeit im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 171 Anh. GgV in seinem Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) detailliertere Voraussetzungen genannt. Es hat ausgeführt, dass sich die operative Behandlung der Coxa antetorta insbesondere nach röntgenologischen Kriterien richte. Die Indikation zur operativen Derotationsosteotomie sei gegeben, wenn bis nach dem ersten Derotationsschub zwischen dem sechsten und dem achten Lebensjahr keinerlei spontane Rückbildungstendenz nachweisbar sei oder wenn im Alter von 10–12 Jahren der Antetorsionswinkel noch 50° oder mehr betrage (Rz. 171 KSME). Zum Geburtsgebrechen Ziff. 178 Anh. GgV enthält das KSME keine spezifischen Ausführungen.

2.2 Die Fachärzte des Ostschweizer Kinderspitals haben die Versicherte umfassend untersucht. Nebst einer klinischen Untersuchung sind eine Ganglaboranalyse und eine Computertomographie durchgeführt worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit haben die Fachärzte auch die Anamnese berücksichtigt. Andernfalls erwiese sich insbesondere ihre Aussage, in der Wachstumsphase der Versicherten sei es nicht zu wesentlichen Veränderungen des Torsionswinkels gekommen, als unbegründet, da sie ja die Versicherte erst in deren elften Lebensjahr erstmals persönlich untersucht haben. Dass die Fachärzte diese Aussage gewissermassen aus der Luft gegriffen hätten, wie der RAD-Arzt angedeutet hat, ist unwahrscheinlich. Gestützt auf die selbst erhobenen Befunde und die anamnestischen Angaben haben sie überzeugend dargelegt, dass die Versicherte an den Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 178 Anh. GgV leidet und ebenso überzeugend begründet, weshalb eine Operation indiziert gewesen ist. Der RAD-Arzt hat die Operationsindikation nicht plausibel widerlegen können, denn er hat seine anderslautende Beurteilung bloss auf allgemeine Erfahrungen, die – knapp – verfehlten Winkelwerte gemäss Rz. 171 KSME und Literaturstellen stützen können, die gemäss den Fachärzten des Ostschweizer Kinderspitals nicht aussagekräftig sind (vgl. IV-act. 14–2). Die Fachärzte des Ostschweizer Kinderspitals und der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin haben überzeugend dargelegt, dass ihre Beurteilungen wissenschaftlich breiter abgestützt sind. Im Übrigen darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die Fachärzte des Ostschweizer Kinderspitals keine übereilten Operationsindikationen stellen, sondern weniger einschneidende



Massnahmen ergreifen, wenn solche geeignet sind, den angestrebten Erfolg zu erreichen. Zusammenfassend ist die mittlerweile durchgeführte Operation also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit medizinisch indiziert und wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen. Die Voraussetzungen der Ziff. 171 und 178 Anh. GgV sind damit erfüllt gewesen.

2.3 Die Beschwerdegegnerin scheint allerdings davon ausgegangen zu sein, dass dies unerheblich sei, da letztlich zwingend eine der beiden Varianten der Anforderungen der Rz. 171 KSME (keine Rückbildungstendenz nach dem ersten Derotationsschub oder Winkelwerte von mindestens 50°) erfüllt sein müsse, um eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung zu begründen. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Für die Rechtsanwendung massgebend ist in erster Linie das Gesetz. Wenn der Gesetzgeber dem Verordnungsgeber eine Kompetenz eingeräumt hat, eine detaillierte Regelung aufzustellen, ist die entsprechende Verordnung ebenfalls massgebend, sofern sich die darin enthaltene Regelung im vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen bewegt und verfassungskonform ist. Mittels eines Kreisschreibens können weder Gesetzes- noch Verordnungsbestimmungen modifiziert werden. Die Aufsichtsbehörde kann in einem Kreisschreiben zwar der ihr unterstellten Behörde vorschreiben, wie sie die massgebenden Normen zu interpretieren habe, doch sind solche Vorgaben für die Gerichte nicht bindend. Wenn die Aufsichtsbehörde aber nicht nur eine bestimmte Interpretation der massgebenden Normen vorgibt, sondern darüber hinaus gehend diese Normen verändert, überschreitet sie ihre Kompetenzen. Sie kann beispielsweise nicht mittels eines Kreisschreibens den Anwendungsbereich einer Leistungsnorm beschränken, denn damit würde sie die ihr unterstellte Behörde verpflichten, die massgebenden Normen nicht umfassend anzuwenden, was eine Verletzung des Legalitätsprinzips darstellen würde. Folglich ist jede Einschränkung des Anwendungsbereichs der Ziff. 171 Anh. GgV durch die Rz. 171 KSME als gesetzwidrig zu qualifizieren. Wenn die Aufsichtsbehörde also mit der Rz. 171 KSME das Kriterium der Operationsnotwendigkeit durch andere, engere Kriterien hat ersetzen wollen, muss der Rz. 171 KSME die Anwendung versagt werden. Die Rz. 171 KSME kann allerdings auch als Interpretationshilfe verstanden werden, indem darin die beiden häufigsten Fälle beschrieben werden, in denen eine Operationsnotwendigkeit besteht. Als solche Hilfestellung der Aufsichtsbehörde erweist sie sich als unproblematisch, weil sie den Anwendungsbereich der massgebenden Verordnungsbestimmung nicht tangiert. Liegt



ein Regelfall im Sinne der Rz. 171 KSME vor, kann die Operationsnotwendigkeit ohne Weiteres bejaht werden. Liegt kein Regelfall vor, ist anhand der gesamten Umstände des Einzelfalles zu prüfen, ob trotzdem eine Operationsnotwendigkeit besteht. Entscheidend ist, dass in jedem Fall der vom Gesetzes- und Verordnungsgeber vorgegebene Rahmen eingehalten (und ausgefüllt) wird. Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung kann zusammenfassend nicht mit dem Hinweis auf die Rz. 171 KSME verweigert werden, wenn die Voraussetzungen der Ziff. 171 Anh. GgV erfüllt sind. Im Übrigen heisst es in Rz. 171 KSME, dass sich die Beurteilung insbesondere – also nicht ausschliesslich – auf die bildgebenden Befunde zu stützen habe. Auch der Wortlaut der Rz. 171 KSME steht der zu engen Interpretation der Beschwerdegegnerin also entgegen. Massgebend ist letztlich die Operationsindikation, die vorliegend gegeben ist, womit die Beschwerdegegnerin die Pflicht zur Vergütung der Behandlungskosten trifft. Ob die Versicherte allenfalls gestützt auf Art. 12 IVG einen Anspruch auf die Vergütung der Behandlungskosten hätte, weil bei einem Unterbleiben der Operation die zukünftige Erwerbsfähigkeit gefährdet gewesen wäre, braucht bei diesem Ergebnis nicht weiter geprüft zu werden.

3. Folglich ist die Beschwerde gutzuheissen. Die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2013 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten der medizinischen Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 171 und 178 Anh. GgV im Sinne der Erwägungen zu vergüten.



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