



Fall-Nr.: IV 2013/38
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.06.2020
Entscheiddatum: 19.05.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 19.05.2014

Art. 11 IVG. Jede für die Versicherten nachteilige Gesetzesänderung erfordert eine übergangsrechtliche Regelung. Wo eine solche Regelung fehlt, liegt eine (echte) Gesetzeslücke vor. Vom Fehlen einer Übergangsregelung kann nicht zwingend auf die ausnahmslose Anwendung des neuen Rechts ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens geschlossen werden. Bezüglich Art. 11 IVG ist lückenfüllend allerdings von einer ausnahmslosen Anwendung des neuen Rechts auszugehen, weil diese Norm seit der Einführung des Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung ihren Zweck weitgehend verloren hat und das Interesse der betroffenen Versicherten, keine Kostenbeteiligung entrichten zu müssen, eine ausnahmsweise Weitergeltung des alten Rechts nicht rechtfertigt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Mai 2014, IV 2013/38).

Entscheid Versicherungsgericht, 19.05.2014

Der Vizepräsident

hat

am 19. Mai 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

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____, meldete sich wenige Tage vor seinem 20. Geburtstag im Jahr 1982 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, seine Sehfähigkeit, die schon immer schlecht gewesen sei, habe sich verschlechtert. Er leide an einer starken Hornhautkrümmung. Dr. med. B.____ gab am 25. Oktober 1982 an (IV-act. 4), der Versicherte leide an einem Keratokonus rechts (das ist eine fortschreitende Ausdünnung und kegelförmige Verformung der Hornhaut). Die Sehschärfe betrage rechts noch 0,25, links dagegen 1,0. Es liege ein irregulärer Astigmatismus rechts vor. Mit Gläsern könne am rechten Auge keine Besserung erreicht werden. Mit einer stenopäischen Lücke sei eine Verbesserung der Sehschärfe auf 0,6 möglich. Der Versicherte benötige eine Kontaktlinse rechts. Später müsse eventuell der Keratokonus operativ behandelt werden. Mit einer Verfügung vom 26. Januar 1983 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten zwei Kontaktlinsen zu (IV-act. 8). Am 4. März 1991 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 10). Er gab an, er habe die Linsen nicht vertragen; das Auge sei ständig gereizt. Der Ophthalmologe Dr. med. C.____ gab am 15. März 1991 an (IV-act. 12), es werde eine Keratoplastik rechts durchgeführt werden müssen. Verfügungsweise übernahm die Invalidenversicherung die Kosten für diese Behandlung (IV-act. 15 und 23). Die behandelnden Ophthalmologen Dr. med. D.____ und PD Dr. med. E.____ berichteten in der Folge über postoperative Komplikationen: Der Versicherte musste während Jahren immer wieder Korrekturoperationen über sich ergehen lassen, da sich die Hornhauttransplantate immer wieder ablösten (IV-act. 33, 60, 73, 82, 90, 101, 108,



St.Galler Gerichte

111, 114, 119, 136, 147, 157, 164, 193, 205, 208, 218, 231, 250, 257 und 320). Mit Verfügungen vom 15. November 1993 (IV-act. 41), 24. Juni 1994 (IV-act. 56), 17. Januar 1995 (IV-act. 63), 20. Dezember 1995 (IV-act. 76), 9. Mai 1996 (IV-act. 94), 21. August 1996 (IV-act. 104), 10. Dezember 1996 (IV-act. 117), 5. März 1997 (IV-act. 122), 15. September 1997 (IV-act. 143), 18. März 1998 (IV-act. 150), 30. September 1998 (IV-act. 162), 20. April 1999 (IV-act. 169), 7. Juli 1999 (IV-act. 183), 20. Januar 2000 (IV-act. 197), 9. Mai 2001 (IV-act. 221), 16. November 2001 (IV-act. 235), 30. Mai 2002 (IV-act. 255), 19. Juli 2002 (IV-act. 258), 25. November 2002 (IV-act. 297) und 5. August 2003 (IV-act. 328) übernahm die Invalidenversicherung die Kosten für diese Behandlungen. Berufliche Eingliederungsmassnahmen erwiesen sich aufgrund des instabilen Gesundheitszustandes als kaum durchführbar (IV-act. 204, 210, 269). Der behandelnde Augenarzt schätzte die verbliebene Arbeitsfähigkeit zuletzt auf lediglich noch 30–50 Prozent. Der Versicherte arbeitete an zwei Arbeitsstellen in einem Pensum von insgesamt 40 Prozent, wobei er bloss noch eine unterdurchschnittliche Leistung erbringen konnte. Mit einer Verfügung vom 4./24. Februar 2004 sprach ihm die IV-Stelle eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 (Ende des Taggeldanspruchs) zu (IV-act. 363 und 373).

A.b Am 17. März 2004 ersuchte der Versicherte um die weitere Übernahme der Heilbehandlungskosten (IV-act. 375). Dr. D.____ berichtete am 30. März 2004 über praktisch stabile Verhältnisse mit allerdings unsicherer Prognose (IV-act. 376). Der zuständige Arzt des IV-internen regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) notierte am 14. Juli 2004 (IV-act. 377), die Vergütung der Kosten in Anwendung von Art. 12 IVG falle nicht mehr in Betracht. Zu prüfen sei allerdings eine Kostengutsprache in Anwendung von Art. 11 IVG. Am 29. Juli 2004 wurde beschlossen, die Kostengutsprache um zwei Jahre zu verlängern, allerdings ohne die Ausrichtung eines Taggeldes, da die Erwerbsfähigkeit mittels der medizinischen Massnahmen nicht mehr beeinflusst werden konnte. Mit einer Verfügung vom 2. September 2004 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen für die Dauer vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2005 (IV-act. 379). Dr. D.____ berichtete am 8. Februar 2006 über einen stationären (IV-act. 385) und am 29. August 2006 über einen leicht verschlechterten Gesundheitszustand (IV-act. 392). Am 8. September 2006 weitete die IV-Stelle ihre Kostengutsprache für die Dauer bis zum 31. Dezember 2009 aus (IV-act. 394). Am 4. September 2009 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 400), die Dauer der Weiterbehandlung



sei unklar. Die IV-Stelle verlängerte die Kostengutsprache deshalb bis zum 31. Januar 2012 (IV-act. 403). Am 10. Mai 2012 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 420), der Versicherte leide nach wie vor an einer rezidivierenden Abstossungsreaktion am rechten Auge mit rezidivierenden Schmerzen und Stechen bei Zustand nach früherer perforierender Keratoplastik wegen Keratokonus. Es liege ein Zustand nach Keratotomie links vor. Zudem liege ein Zustand nach Cataracta-Operation mit Hinterkammerlinsen-Implantation rechts vor. Wegen der rezidivierenden Entzündungen fänden regelmässig Kontrolluntersuchungen im Abstand von jeweils etwa zwei Monaten statt. Wie lange die Behandlung noch andauern werde, sei nicht bekannt. Am 15. Mai 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 422), dass sie die Kosten für die Behandlung der Nachstardiszision in Anwendung von Art. 11 IVG bis zum 31. Januar 2022 übernehmen werde.

A.c Am 19. Oktober 2012 notierte die Sachbearbeiterin (IV-act. 423), dass nach Rücksprache mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen laufende medizinische Massnahmen in Anwendung von Art. 11 IVG auf den nächstmöglichen Termin eingestellt werden müssten. Mit einem Vorbescheid vom 23. Oktober 2012 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an (IV-act. 425), sie werde „die Mitteilung vom 15. Mai 2012“ voraussichtlich mit Wirkung per 31. Dezember 2012 aufheben. Der Grund dafür sei die im Rahmen der IV-Revision 6a erfolgte Streichung von Art. 11 IVG aus dem Gesetz. Dagegen liess der Versicherte am 28. November 2012 einwenden (IV-act. 430), die Kostengutsprache vom 15. Mai 2012 sei nach dem Inkrafttreten der Änderungen im Rahmen der IV-Revision 6a erfolgt, weshalb nicht nachvollziehbar sei, weshalb diese Mitteilung nun nachträglich wieder aufgehoben werden solle. Der Versicherte habe auf deren Rechtmässigkeit vertraut und dürfe weiterhin darauf vertrauen. Weil die die Kosten auslösende Abstossungsreaktion schon seit Jahren andauere, seien in intertemporalrechtlicher Sicht die altrechtlichen Normen anzuwenden, denn massgebend seien die Normen, die im Zeitpunkt der Verwirklichung eines anspruchsbegründenden Sachverhaltes gegolten hätten. Mit einer Verfügung vom 10. Dezember 2012 hob die IV-Stelle die „Mitteilung vom 15. Mai 2012“ mit Wirkung per 31. Dezember 2012 auf (IV-act. 431). Sie legte ihrer Verfügung ein Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 5. Oktober 2012 bei (IV-act. 432). Darin war ausgeführt worden, der Grund für die Streichung von Art. 11 IVG sei, dass die seit 1996 obligatorische Krankenpflegeversicherung für die medizinische



St.Galler Gerichte

Behandlungskosten aufkomme und eine spezialgesetzliche Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung daher nicht mehr notwendig sei. Die Streichung von Art. 11 IVG sei erst im Rahmen des zweiten Massnahmenpaketes der 6. IV-Revision geplant gewesen. Allenfalls wäre eine Übergangsbestimmung aufgestellt worden. Der Gesetzgeber habe nun aber Art. 11 IVG bereits im Rahmen des ersten Massnahmenpaketes – ohne Übergangsbestimmung – gestrichen, weshalb nun keine gesetzliche Grundlage für entsprechende Kostengutsprachen mehr bestehe. In intertemporalrechtlicher Sicht liege eine Ausnahmekonstellation vor, die es rechtfertige, vom Grundsatz, wonach die bei der Verwirklichung eines Sachverhaltes massgebenden Normen anzuwenden seien, abzuweichen.

B.

B.a Am 25. Januar 2013 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Dezember 2012 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Übernahme der Behandlungskosten für die Nachstardiszision bis zum 31. Januar 2012 und führte zur Begründung aus, der Beschwerdeführer dürfe nach wie vor auf die Richtigkeit der nach dem Inkrafttreten der Änderungen im Rahmen der IV-Revision 6a getätigten Kostengutsprache vertrauen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 22. August 2013 unter Hinweis auf das IV-Rundschreiben Nr. 315 vom 3. September 2012 und die Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 21. September 2012 die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

Erwägungen:

1.

1.1 Der Art. 11 IVG, auf den allein sich die Beschwerdegegnerin bei der früheren Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlung gestützt hatte, ist am 31. Dezember 2011 ersatzlos ausser Kraft gesetzt worden. Seit dem 1. Januar 2012 hat diese Gesetzesnorm also keine Grundlage für eine weitere Übernahme der Behandlungskosten mehr gebildet. Der Art. 12 IVG ist als Grundlage der Kostentragung nicht in Frage gekommen. Trotzdem hat die Beschwerdegegnerin dem



Beschwerdeführer am 15. Mai 2012 eine Mitteilung eröffnet, mit der sie für die Zeit bis 31. Januar 2022 die Kosten der medizinischen Behandlung übernommen hat. Die Begründung dieser Mitteilung enthält keinen Hinweis auf die als massgebend betrachtete Rechtsgrundlage. Der Beschwerdeführer hat nicht den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt, so dass die Mitteilung vom 15. Mai 2012 für ihn und für die Beschwerdeführerin verbindlich geworden ist. Mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2012 hat die Beschwerdegegnerin dann die Mitteilung vom 15. Mai 2012 mit Wirkung ab 1. Januar 2013 aufgehoben. Dabei kann es sich nicht um eine Revision gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG gehandelt haben, denn der leistungserhebliche Sachverhalt hatte sich nicht massgeblich verändert. Mit der angefochtenen Verfügung kann die Beschwerdegegnerin auch keine Anpassung an eine nachträglich veränderte Rechtslage vorgenommen haben, denn der Art. 11 IVG war einige Zeit vor dem Erlass der Mitteilung ausser Kraft gesetzt worden. Eine prozessuale Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG kann nicht vorliegen, weil offensichtlich weder neue Tatsachen noch neue Beweismittel aufgetaucht waren. Demnach kann es sich bei der angefochtenen Verfügung nur um eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der Mitteilung vom 15. Mai 2012 gehandelt haben. Mit einer Wiedererwägung wird eine zweifellos unrichtige Verfügung (oder Mitteilung) aufgehoben und durch eine rechtmässige Verfügung ersetzt (vgl. Ralph Jöhl, Zur Praxis der substituierten Begründung der Wiedererwägung bei zu Unrecht ergangenen Anpassungsverfügungen, AJP 2004 S. 1001 ff.). Eine Verfügung kann also entgegen der herrschenden Rechtsprechung (vgl. etwa Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. A., N. 39 zu Art. 53 ATSG) nicht nach einem willkürlichen Entscheid der wiedererwägenden Verwaltung entweder ex tunc oder nur ex nunc wirken. Letzteres hätte nämlich zur Folge, dass nach der Aufhebung der zweifellos unrichtigen Verfügung für die bereits ausgerichteten Leistungen die zwingend notwendige Verfügungsgrundlage fehlen würde, was sie erst zu einer unrechtmässigen Leistung im Sinne des Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG machen würde. Im Übrigen würde eine Beschränkung der Wiedererwägung auf die Zeit nach dem Erlass der Wiedererwägungsverfügung (ex nunc) in unerträglicher Weise gegen den Gesetzmässigkeits- und den Gleichbehandlungsgrundsatz verstossen, wenn ein zweifellos unrichtig geregeltes Rechtsverhältnis in einem – der Durchsetzung gerade dieser Grundsätze dienenden – Korrekturverfahren bewusst für die Vergangenheit unverändert unrichtig geregelt bliebe und nur für die Zukunft abgeändert und damit



rechtmässig ausgestaltet würde. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Wiedererwägung der Mitteilung vom 25. Mai 2012 formal korrekt vorgegangen ist, d.h. dass sie diese Mitteilung vollumfänglich aufgehoben und durch eine umfassende neue Verfügung ersetzt hat. Der Wortlaut des Dispositivs der angefochtenen Verfügung („... mit Wirkung ab 01.01.2013 ...“) ist demnach nicht als rechtswidrige und damit im Beschwerdeverfahren zu korrigierende Beschränkung der Wiedererwägung auf die Zukunft (ex nunc) zu interpretieren. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die an die Stelle der zweifellos unrichtigen Mitteilung vom 25. Mai 2012 tretende neue Verfügung eine anderweitig begründete erneute Leistungszusprache erst für die Zeit ab 1. Januar 2013 beinhaltet hat.

1.2 Sollte die Beschwerdegegnerin am 15. Mai 2012 irrtümlicherweise davon ausgegangen sein, dass Art. 11 IVG nach wie vor geltendes Recht sei, so wäre die entsprechende Mitteilung als „normale“ zeitlich beschränkte Zusprache medizinischer Massnahmen zweifellos unrichtig. Wenn sich die Beschwerdegegnerin aber der Ausserkraftsetzung des Art. 11 IVG per 31. Dezember 2011 bewusst gewesen sein sollte, wäre zu prüfen, ob sich die Zusprache medizinischer Massnahmen für mehr als zehn Jahre über den Zeitpunkt des Ausserkrafttretens des Art. 11 IVG hinaus intertemporalrechtlich zu rechtfertigen wäre. Müsste dies verneint werden, wäre die Mitteilung vom 15. Mai 2012 ebenfalls, aufgrund einer Verletzung des massgebenden Übergangsrechts, zweifellos unrichtig. Deshalb ist zunächst die Frage nach dem massgebenden Übergangsrecht zu beantworten:

1.2.1 Wird das Leistungsrecht zum Vorteil der Versicherten geändert, deckt sich deren Interesse an einer sofortigen und möglichst umfassenden Anwendbarkeit des „besseren“ neuen Leistungsrechts mit der Absicht des Gesetzgebers, dieses „bessere“ Recht sofort auf möglichst viele Betroffene angewendet zu sehen. Die Änderung des Leistungsrechts beruht nämlich auf der Erkenntnis, dass das „schlechtere“ bisherige (intertemporalrechtlich betrachtet also das alte) Recht als unzulänglich erkannt worden ist. Diese Parallelität der Interessen bietet kaum intertemporalrechtliche Probleme und hat damit auch nur einen bescheidenden übergangsrechtlichen Regelungsbedarf zur Folge. Wenn aber, wie im vorliegenden Fall, eine für die Versicherten nachteilige Änderung des Leistungsrechts vorgenommen wird (beispielsweise wenn eine Leistungsart „abgeschafft“ wird), entsteht ein Interessenkonflikt: Die Versicherten sind



interessiert daran, weiterhin nach dem ausser Kraft gesetzten „besseren“ alten Recht Leistungen zu erhalten, während der Gesetzgeber mit der Änderung des Leistungsrechts das Ziel verfolgt, eine als unnötig qualifizierte Leistung so schnell und so umfassend wie möglich nicht mehr ausgerichtet zu sehen. Das Interesse der Versicherten an einem weiteren Bezug der altrechtlichen Leistung kollidiert also mit dem Interesse des Gesetzgebers an einer sofortigen Beendigung der Ausrichtung altrechtlicher Leistungen. Das Interesse der Versicherten ist als Vertrauen in den unveränderten Bestand des Rechts zu qualifizieren (vgl. Beatrice Weber-Dürler, Vertrauensschutz im öffentlichen Recht, S. 280 ff.). Die Versicherten sind bezogen auf das Mass der Schutzwürdigkeit ihres Vertrauens in die bisherige Rechtslage einer von drei typischen Gruppen zuzuordnen: Die erste Gruppe umfasst jene Versicherten, die als Neufälle bezeichnet werden. Typisch für die Neufälle ist, dass ein altrechtlicher Leistungsanspruch erst nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des nachteiligen neuen Rechts entstanden wäre. Zur zweiten Gruppe gehören die Neufälle, die einen Bezug zum alten, aufgehobenen Leistungsrecht aufweisen, etwa weil der (altrechtliche) Versicherungsfall noch vor dem Inkrafttreten eingetreten oder weil das Leistungsgesuch noch vor diesem Zeitpunkt eingereicht worden ist. Die zur zweiten Gruppe zu zählenden Fälle sind also, anders als die zur ersten (und auch zur dritten) Gruppe gehörenden Fälle, sehr heterogen. Die dritte Gruppe wird von den Altfällen gebildet. Typisch für sie ist eine vor der Rechtsänderung erfolgte, formell rechtskräftige Leistungszusprache über den Inkrafttretenszeitpunkt hinaus.

1.2.2 Die zur ersten Gruppe zu zählenden Fälle haben in aller Regel kein schutzwürdiges Interesse daran, noch altrechtliche Leistungen zu erhalten, weil das (öffentliche) Interesse an der umfassenden Umsetzung des (nachteiligen) neuen Leistungsrechts eindeutig als stärker zu gewichten ist als ihr Vertrauensschutzinteresse. Fehlen Übergangsrechtliche Bestimmungen, d.h. liegt eine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vor, so kann nur davon ausgegangen werden, dass auf die Neufälle direkt und umfassend neues Recht anwendbar ist. Die zur dritten Gruppe gehörenden Altfälle verfügen über ein sehr hohes Vertrauensschutzinteresse, zumal sie sich auch noch auf eine formell rechtskräftige Leistungszusprache berufen können. Fehlt hier das Übergangsrecht, so liegt i.d.R. keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vor, denn das neue Recht kann auf rechtskräftig zugesprochene, laufende Leistungen nur zur Anwendung gebracht werden, wenn das Übergangsrecht ausdrücklich eine Anpassung



der Leistungsentscheide an das neue Recht vorsieht. Sollte dies beabsichtigt sein, wird eine entsprechende übergangsrechtliche Bestimmung im Gesetzgebungsprozess dann wohl kaum „vergessen“ gehen. Die Hinweise in den Gesetzesmaterialien auf die Notwendigkeit einer Anpassung laufender altrechtlicher Leistungen und auf das „Vergessen“ einer entsprechenden übergangsrechtlichen Verfahrensnorm müssen deshalb eindeutig sein, damit von einer ausfüllungsbedürftigen echten Lücke ausgegangen werden kann.

1.2.3 Der vorliegend zu beurteilende Fall gehört offensichtlich nicht zu den Neufällen (erste Gruppe), da der Beschwerdeführer bereits in der Vergangenheit gestützt auf Art. 11 IVG Leistungen erhalten hat. Es liegt aber auch kein Altfall (dritte Gruppe) vor, da dem Beschwerdeführer am 25. September 2009 nur bis 31. Januar 2012 Leistungen zugesprochen worden sind. Die Beschwerdegegnerin ist also verpflichtet gewesen, den Leistungsanspruch ab 1. Februar 2012 ohne Bindung an eine frühere Leistungszusprache umfassend neu zu beurteilen. Demnach liegt ein Neufall mit Bezug zum alten Recht vor (zweite Gruppe). Zur ersatzlosen Streichung des Art. 11 IVG äussert sich das Übergangsrecht zur sogenannten IV-Revision 6a nicht, so dass vom Bestehen einer Gesetzeslücke auszugehen ist. Zu prüfen ist, ob im Hinblick auf Fälle wie den vorliegend zu beurteilenden vom Vorliegen einer ausfüllungsbedürftigen Gesetzeslücke auszugehen und wie diese Lücke gegebenenfalls auszufüllen ist. Der Beschwerdeführer hat vor dem 1. Januar 2012 während langer Zeit gestützt auf Art. 11 IVG Leistungen erhalten. Sein Vertrauen in den weiteren Bestand des Art. 11 IVG bzw. in die weitere Ausrichtung entsprechender Leistungen ist deshalb höher als etwa bei einer versicherten Person, bei der zwar der spezifische Versicherungsfall gemäss Art. 11 IVG noch vor dem 1. Januar 2012 eingetreten, aber bis zum 31. Dezember 2011 noch nicht über einen Leistungsanspruch entschieden worden ist, so dass noch gar keine Leistungen ausgerichtet worden sind. Vom typischen Altfall unterscheidet sich der Beschwerdeführer nur dadurch, dass er sich neben seinem – durch den unverändert bestehenden Leistungsbedarf bewirkten – Vertrauen in die weitere Anwendbarkeit des Art. 11 IVG nicht auch noch auf eine formell rechtskräftige Leistungszusprache berufen kann.

1.2.4 Zur Aufhebung von Art. 11 IVG per 1. Januar 2012 hat der Gesetzgeber keine Übergangsregelung aufgestellt, weshalb eine Übergangsregelung geschaffen werden



muss, die für sich in Anspruch nehmen kann, dass sie der Gesetzgeber genau so ausgestaltet hätte, wenn ihm bewusst gewesen wäre, dass er eine Übergangsregelung hätte aufstellen müssen. Den Materialien lassen sich keine Ausführungen zur Aufhebung von Art. 11 IVG entnehmen. In der Botschaft des Bundesrates war die Aufhebung von Art. 11 IVG noch nicht vorgesehen gewesen (vgl. AS 2010 1889). Erst der Nationalrat hat (kommentarlos) die Aufhebung von Art. 11 IVG beschlossen (vgl. Amtl. Bull. NR 2010 2090). Der Ständerat hat sich in der Folge (ebenso kommentarlos) angeschlossen (vgl. Amtl. Bull. SR 2011 34). Der Grund für diese nicht explizit begründete Aufhebung dürfte der Umstand gewesen sein, dass Art. 11 IVG seinen ursprünglichen Zweck bereits ab dem Jahr 1996 mit der Einführung des Obligatoriums bezüglich der Krankenpflegeversicherung weitestgehend eingebüsst hatte. Gemäss Art. 11 IVG hatte die Invalidenversicherung nämlich die durch einen während einer Eingliederungsmassnahme erlittenen Unfall oder einer in diesem Zeitraum eingetretenen Krankheit verursachten Behandlungskosten übernommen. Damit „sorgte“ die Invalidenversicherung während der von ihr finanzierten Eingliederungsmassnahmen gewissermassen für „ihre“ Versicherten, die nicht zwingend gegen die Folgen einer Krankheit versichert gewesen waren. Ab der Einführung des Obligatoriums bezüglich der Krankenpflegeversicherung sind dann aber stets sämtliche Versicherten während der Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung kranken- und unfallversichert gewesen, zumindest bezüglich allfälliger Behandlungskosten. Die Übernahme der Behandlungskosten durch die Invalidenversicherung in Anwendung von Art. 11 IVG hat ab dann bloss noch zur Folge gehabt, dass die Versicherten für die entsprechenden Kosten keine Kostenbeteiligung mehr entrichten mussten. Hinsichtlich seines eigentlichen, ursprünglichen Zwecks hat sich Art. 11 IVG aber ab diesem Zeitpunkt als überflüssig erwiesen. Dies erklärt, weshalb die (erst 16 Jahre später erfolgte) Aufhebung von Art. 11 IVG keinen Anlass zu Diskussionen mehr gegeben hat. Daraus kann auch abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber keine Notwendigkeit für eine Weitergeltung des alten Rechts gesehen hat. Die Aufhebung von Art. 11 IVG hat „bloss“ dazu geführt, dass für die danach anfallenden Behandlungskosten ein anderer Sozialversicherungsträger zuständig geworden ist und die Versicherten nun eine Kostenbeteiligung zu tragen haben. Das Interesse der betroffenen Versicherten, auch für zukünftige Behandlungen keine Kostenbeteiligung tragen zu müssen, wiegt allerdings nicht schwer genug, um die



Ungleichbehandlung zu den übrigen Versicherten und die Nichtanwendung des neuen, geltenden Rechts zu rechtfertigen. Folglich ist zu unterstellen, dass der Gesetzgeber in einer Übergangsnorm bestimmt hätte, dass in intertemporalrechtlicher Sicht jeweils an den Behandlungszeitpunkt anzuknüpfen sei, dass also für sämtliche Behandlungen nach dem 1. Januar 2012 ausnahmslos das neue Recht zur Anwendung gelange. Nicht auszuschliessen ist allerdings, dass er eine gewisse „Schon-“ bzw. Übergangsfrist von einem Jahr angesetzt hätte, wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung implizit unterstellt hat. Die Einräumung einer zehnjährigen Übergangsfrist hätte aber sicher nicht für sich in Anspruch nehmen können, dem Willen des Gesetzgebers zu entsprechen. Als allfällige konkrete Anwendung des (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrechts erweist sich die Mitteilung vom 15. Mai 2012 also ebenfalls als zweifellos unrichtig.

1.2.5 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin eine Besitzstandgarantie bzw. eine übergangsrechtlich vorgesehene Weiteranwendbarkeit des Art. 11 IVG für ein Jahr, bis 31. Dezember 2012, angenommen. Da die Dauer der Weiteranwendbarkeit nicht einzelfallspezifisch, sondern – in Ausfüllung einer übergangsrechtlichen Gesetzeslücke – modo legislatoris und damit alle betroffenen Versicherten gleichbehandelnd bemessen werden muss, ist nicht die (Vertrauensschutz-) Situation des Beschwerdeführers massgebend. Abzustellen ist vielmehr auf das allgemeine Vertrauensschutzinteresse aller Neufälle mit Bezug zu Art. 11 IVG. Dabei ist zu beachten, dass die Ausserkraftsetzung dieser Bestimmung als Folge der umfassenden Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung keine erhebliche Verschlechterung bewirkt haben kann. Die Verschlechterung besteht nur in der „neuen“ Kostenbeteiligung der Versicherten. Es fragt sich, ob dieser Nachteil eine Weiteranwendbarkeit des alten Rechts zu rechtfertigen vermag, zumal der Bedarf nach medizinischen Massnahmen oft nicht dauernd, sondern nur sporadisch besteht. Den notwendigerweise immer zuerst mit der Frage nach einer Ausfüllung einer übergangsrechtlichen Gesetzeslücke befassten Sozialversicherungsträgern ist von Seiten der Gerichte ein Ermessen bei der übergangsrechtlichen Interessenabwägung und auch bei der gestützt auf das Ergebnis gewählten Übergangsregelung einzuräumen. Dieses Ermessen ist von der Beschwerdegegnerin mit der Annahme, der Gesetzgeber hätte eine generelle einjährige Besitzstandgarantie angeordnet, nicht missbraucht worden. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig.



2. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Diese Gebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat der Vizepräsident

als Einzelrichter im Verfahren gemäss Art. 19 OrgV

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.