



Fall-Nr.: IV 2013/436
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 11.11.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2014

Art. 13 Abs. 1 IVG; Ziff. 178 GgV Anhang. Operationsbedürftigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2014, IV 2013/436).

Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,
a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 11. November 2014

in Sachen

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

Beschwerdeführerin,

und

A.____,

Beigeladener,

vertreten durch B.____,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

betreffend

**medizinische Massnahmen (für A.____,
Vers.-Nr. ____)**

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ wurde am 5. Oktober 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung für Minderjährige, namentlich von medizinischen Massnahmen, angemeldet. Er leide am Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang.

A.b Das Spital C.____ gab im Arztbericht vom 16. Oktober 2012 (act. 7) an, es bestehe eine pathologisch verminderte Unterschenkel-Aussentorsion, die erstmals am 5. Juli 2011 festgestellt worden sei. Es liege das Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang vor. Der Winkel der Malleolengabel zum Tibiaplateau liege mit ca. 10° Aussentorsion deutlich unter dem Normbereich. Durch medizinische Massnahmen könne die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden. Der Versicherte benötige eine Behandlung in Form einer Torsionskorrektur mittels monolateralem Fixateur externe, ausserdem auch Unterarmgehstützen. Die Operation sei auf Ende Oktober 2012 geplant. - Auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung wurde der Originalbefund der CT-Torsionsmessung einverlangt. Dem Radiologiebericht der [...] Klinik am Spital C.____ vom 23. Juli 2012 (act. 13) mit der Fragestellung nach einer Femur/Tibia-Torsion ist unter anderem zu entnehmen, dass die "Aussenrotation OSG" rechts 23° und links 15° betrage, die Rotationsdifferenz im Kniegelenk rechts 6°, links 1° Innenrotation des Unterschenkels in Bezug auf den Oberschenkel.

A.c Der RAD hielt am 8. Januar 2013 (act. 14) dafür, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die medizinischen Voraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang nicht erfüllt, denn die Werte der CT-Torsionsbestimmung lägen innerhalb des nicht therapiebedürftigen Intervalls (der Normwert der Torsion von Unterschenkeln



St.Galler Gerichte

liege beim Adoleszenten bei 24° Aussentorsion $\pm 5^\circ$, als Operationsindikation würden eine Aussentorsion von mehr als 40° bzw. eine verminderte Tibiatorsion von 5° undweniger gelten).

A.d Auf Anfrage reichte das Spital C.____ am 24. Januar 2013 (act. 17) den Operationsbericht vom 23. Oktober 2012 und den Hospitalisationsbericht vom 12. November 2012 ein. Gemäss dem Operationsbericht hat eine Derotations-Osteotomie Tibia beidseits mit Fixation mit monolateralem Fixateur externe stattgefunden.

A.e Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen gab dem Spital C.____ am 31. Januar 2013 (act. 18) zwei Publikationen (Prof. Dr. med. F. Hefti, in: Kinderorthopädie in der Praxis, 2.A. Heidelberg 2006, act. 19; und Dr. med. P. Schmid, Achs- und Rotationsdeformitäten, in: Pädiatrie up2date 2010, act. 20) zur Kenntnis, wonach Operationen bei erhöhter Unterschenkelaussentorsion von über 40° und "verminderter Unterschenkelinnentorsion" (wohl: verminderte Unterschenkeltorsion) von unter 5° empfohlen würden, und ersuchte um Auskunft, weshalb beim Versicherten trotz ausserhalb dieser Empfehlung liegender Werte eine Operation angeraten und durchgeführt worden sei.

A.f Das Spital C.____ antwortete am 7. Februar 2013 (act. 21), es gehe genau nach der Literaturempfehlung (von Prof. Dr. Hefti) vor. Wenn klinisch eine erhöhte Unterschenkelaussentorsion von über 40° bzw. "verminderte Unterschenkelinnentorsion" (wohl: verminderte Unterschenkel[aussen]torsion) von unter 5° zu messen sei, wie es beim Versicherten der Fall gewesen sei, führe es zusätzlich eine CT-Torsionsmessung durch. Dort habe sich beim Versicherten eine Tibiatorsion deutlich unter der "Norm von $33^\circ \pm 8^\circ$ (nach Literatur Computertomographische Torsionswinkel- und Längenmessung an der unteren Extremität von H.A. Waidelich, 1992)" gezeigt. Nicht nur die CT-Diagnostik, sondern auch die klinische Messung habe zur Überzeugung geführt, dass bei erfolgloser konservativer Therapie aus orthopädischer Sicht eine Torsionskorrektur indiziert sei. Es (das Spital bzw. sein Vorgehen) stimme mit der in der Literatur angegebenen klinischen Messmethode überein, denn die Indikation der supra-malleolären Korrektur beziehe sich auf die klinische Untersuchung.



St.Galler Gerichte

A.g Der RAD hielt am 29. Mai 2013 (act. 22) dafür, es lägen keine (Langzeit-) Daten zu der vom Spital C.____ empfohlenen Therapie (bei seit einigen Monaten gehäuft gestellten Diagnosen) vor. Das hätten zwei dort tätige Ärzte den Vertretern der Sozialversicherungsanstalt bestätigt. Es würden sogenannte nicht der Norm entsprechende Untersuchungsbefunde biomechanisch korrigiert, ohne dass ein Wirkungsnachweis bestünde. Die Relevanz der gemessenen Winkelwerte sei unklar. Die empfohlene Therapie entspreche lediglich einer Hypothese, nicht einem nachweisbar wirksamen Therapieversuch. Bei fehlender Evidenz müsse ein Leistungsanspruch im Sinn von Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang abgewiesen werden, denn Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit seien unter diesen Umständen nicht nachgewiesen. Es handle sich auch nicht um ein in der Medizin und an anderen Zentren verbreitetes Prozedere.

A.h Mit Vorbescheid vom 18. Juni 2013 (act. 24 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Vater des Versicherten eine Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. - Die Eltern des Versicherten wandten am 26. Juli 2013 (act. 28) ein, ihr Sohn zeige seit Jahren ein auffälliges Gangbild mit nach innen gedrehten Füßen und habe dadurch zusätzlich eine Beschwiellung auf dem Fussrücken.

A.i Mit Verfügung vom 9. August 2013 (act. 29) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Gesuch um medizinische Massnahmen ab.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde der SWICA Krankenversicherung AG vom 10. September 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt, die Beschwerdegegnerin sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, die Behandlungskosten für das Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang zu übernehmen, eventualiter sei festzustellen, dass keine Sozialversicherung, namentlich nicht die subsidiär haftende obligatorische Krankenversicherung, leistungspflichtig sei, sofern die Beschwerdegegnerin die Leistungspflicht zu Recht gestützt auf fehlende versicherungsmedizinische Voraussetzungen ablehne. Nach Ziff. 178 GgV Anhang sei die Schienbein-Innen- und Aussenrotation (recte: -torsion, -drehung) ab vollendetem viertem Lebensjahr ein Geburtsgebrechen, sofern eine Operation notwendig sei. Die



Verordnung habe - anders als beispielsweise bei den Ziff. 209 und 201 - keine Grade angegeben, ab welchen eine Rotation (gemeint wohl: Torsion) operationsbedürftig sei. Die Qualifikation als Geburtsgebrechen knüpfe sich ausschliesslich an die Notwendigkeit der Operation. Vorliegend sei ausgewiesen und von der Beschwerdegegnerin anerkannt, dass der versicherte achtjährige Knabe an einer angeborenen verminderten Aussenrotation (wohl: Aussentorsion) beider Unterschenkel gelitten habe, die am 23. Oktober 2013 (recte: 2012) operativ saniert worden sei. Sämtliche Voraussetzungen der Ziff. 178 GgV Anhang seien daher erfüllt. Die Operation wäre kaum durchgeführt worden, wenn sie nicht notwendig gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin unterstelle dem Spital, medizinisch nicht notwendige Operationen durchzuführen. Träfe das zu, wäre auch die obligatorische Krankenversicherung nicht leistungspflichtig, denn auch ihre Leistungspflicht setzte die medizinische Notwendigkeit von Eingriffen voraus. Es wäre diesfalls festzustellen, dass mangels medizinischer Operationsindikation weder die Invaliden-, noch die subsidiär haftende Krankenversicherung leistungspflichtig sei. Die versicherte Person müsse sich in einer solchen Konstellation zuerst gegen die Invalidenversicherung, dann gegen die Krankenversicherung und schliesslich gegen das Spital wehren. Schlimmstenfalls hätte die versicherte Person (falls sich die Operation tatsächlich als nicht notwendig erweisen sollte) selbst für die Operation aufzukommen, was systemwidrig sei, zumal eine pathologische angeborene Aussenrotation (gemeint wohl: Aussentorsion) der Schenkel mit entsprechendem Gangbild diagnostiziert worden sei, die im Anhang der Geburtsgebrechensverordnung aufgeführt sei. Bei der Beschwerdeführerin lägen mehrere ähnliche Fälle von der Beschwerdegegnerin.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie könne das Geburtsgebrechen Ziff. 178 GgV Anhang mangels Operationsindikation nicht anerkennen und habe folglich auch nicht nach Art. 13 IVG für die Behandlung des Leidens aufzukommen. Dass die Kosten der Operation im schlimmsten Fall vom Versicherten selbst getragen werden müssten, sei kein rechtliches Argument für die Leistungspflicht der Invalidenversicherung und habe unberücksichtigt zu bleiben. - Den eingereichten Akten ist unter anderem zu entnehmen, dass das Spital C.____ der Beschwerdegegnerin am 3. Oktober 2013



(act. 33 ff.) zwei Schriftstücke eingereicht hat. Gemäss der einen Beilage hat die Beschwerdeführerin dem Spital am 11. September 2013 die Rechnung retourniert und mitgeteilt, sie sei hier nicht vorleistungspflichtig, weil die Beschwerdegegnerin nicht die Zuständigkeit (Geburtsgebrechen oder nicht), sondern die Operationsindikation in Frage stelle. Das Spital zum andern hat in einem internen Schreiben vom 24. September 2013 (act. 35) unter anderem festgehalten, bei der Erstuntersuchung vom 5. Dezember 2011 sei klinisch eine Aussentorsion der Malleolengabel zum Tibiaplateau von maximal 5° , also eine Aussentorsion im deutlich pathologischen Bereich (Norm $20^\circ \pm 10^\circ$), festgestellt worden. Bei einer Bewegungsanalyse hätten pathologische Drehmomente ausgeschlossen werden können, so dass zunächst Physiotherapie und Gangschulung zur Erreichung einer vermehrten Aussenrotation vorgeschlagen worden seien. Es habe sich klinisch von November 2011 bis Sommer 2012 aber keine Verbesserung gezeigt. Bei der folgenden CT-Torsionsmessung habe sich eine deutlich reduzierte Aussentorsion der distalen Tibia zum Kniegelenk von rechts 23° und links lediglich 15° (Norm $33^\circ \pm 8^\circ$) gezeigt. Klinisch sei am 23. Juli 2012 nach wie vor ein pathologischer Tastbefund erhoben worden, der aber statt mit 5° mit 10° Aussenrotation (wohl: -torsion) beurteilt worden sei. Damals habe das Spital keine Vorgabe der Beschwerdegegnerin gehabt, wonach eine Kostenübernahme nur erfolge, wenn klinisch die Aussenrotation (wohl: -torsion) der Tibia bei 5° und weniger liege. Erst im Jahr 2013 habe die Beschwerdegegnerin ihm das bekannt gemacht. Das Spital aber habe bereits seit Anfangs 2013 versucht, von der IV klare Richtlinien zu erhalten. Aus orthopädischer Sicht sei der Entscheid, die Kostenübernahme abzulehnen, ferner nicht nachvollziehbar, weil der Aussentorsionswert der Tibia präoperativ mit 10° angegeben worden sei, denn die klinische Untersuchung sei sehr variabel und differiere von Orthopäde zu Orthopäde. Eine Operationsindikation werde zudem nur gestellt, wenn nicht nur die klinische Untersuchung, sondern auch die CT-Torsionsmessung und die Ganganalyse pathologisch ausfielen. Postoperativ habe sich das Gangbild sehr gut verbessert. Die Operation sei notwendig, d.h. indiziert, und zweckmässig gewesen.

D.

Mit Replik vom 25. November 2013 bringt die Beschwerdeführerin vor, eine vom Spital C.____ durchgeführte Operation könne von der Beschwerdegegnerin nicht ohne



weiteres als nicht indiziert betrachtet werden und die entsprechenden Operationskosten könnten nicht zulasten des Kindes gehen, dessen Eltern sie kaum freiwillig in Kauf genommen hätten. Unbestrittenermassen habe eine pathologische Aussenrotation (wohl: -torsion) vorgelegen, die habe korrigiert werden müssen. Es gehe nicht an, die Eltern der versicherten Person als Kostenträger zu bestimmen, indem man dem Spital C.____ in unqualifizierter Weise unterstelle, standardmässig nicht notwendige Operationen durchzuführen. In weiteren Verfahren betreffend ähnlich gelagerte Sachverhalte habe die Beschwerdegegnerin die Leistungspflicht bei einer angeborenen pathologischen Aussenrotation (wohl: -torsion) des Unterschenkels abgelehnt, weil es sich bei der Behandlung um eine Hemiepiphysiodese und nicht um eine Osteotomie gehandelt habe. Wäre eine Osteotomie durchgeführt worden, hätte sie möglicherweise erneut die Operationsindikation abgelehnt.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet. - Mit Schreiben vom 21. Februar 2014 an seinen gesetzlichen Vertreter ist der Versicherte beigelegt worden. Eine Stellungnahme ging nicht ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2013 hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Versicherten um Kostenübernahme für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 178 GgV Anhang (nämlich die Derotations-Osteotomie Tibia beidseits vom 23. Oktober 2012, act. 17-5, distal, vgl. act. 17-1) abgewiesen. Die Beschwerdeführerin beantragt im Hauptstandpunkt die Übernahme der Behandlungskosten.

1.2 Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. - Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person



(Art. 49 Abs. 4 ATSG). Die Beschwerdeführerin ist (als Adressatin der Verfügung) zur Beschwerdeerhebung legitimiert (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Oktober 2008, 8C_236/2008). Auf die Streitsache ist einzutreten.

2.

2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) gilt die blosser Veranlagung zu einem Leiden nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. Die Geburtsgebrechen sind nach Art. 1 Abs. 2 GgV in der Liste im Anhang aufgeführt. Ziff. 178 GgV Anhang nennt als Geburtsgebrechen eine angeborene Tibia-Innen- und Aussentorsion, ab vollendetem vierten Lebensjahr, sofern eine Operation notwendig ist.

2.2 Gemäss dem IV-Arztbericht des Spitals C.____ vom 16. Oktober 2012 handelt es sich bei der verminderten Aussentorsion beider Unterschenkel des Versicherten um ein angeborenes Leiden. Das ist nicht bestritten worden.

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin lehnt eine Kostenübernahme deswegen ab, weil die Operation nicht notwendig gewesen sei. Dem Aspekt der Notwendigkeit (Indikation) der Operation kommt bei Ziff. 178 GgV Anhang eine doppelte Rolle zu. Denn die Notwendigkeit einer medizinischen Massnahme ist für eine Kostenübernahme stets vorausgesetzt (unten E. 3.2). Von der Voraussetzung der Operationsnotwendigkeit hängt aber bei der betreffenden Ziffer auch die Anerkennung als IV-Geburtsgebrechen als solches ab.

3.2 Gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG umfassen die medizinischen Massnahmen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird (lit. a) und die Abgabe



der vom Arzt verordneten Arzneien (lit. b). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Laut der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Die für den Bereich der Krankenpflege entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet prinzipiell auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Eine Vorkehr, welche mangels Wissenschaftlichkeit nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen ist, kann grundsätzlich auch nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 oder 13 IVG zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Auch in der Invalidenversicherung gilt das fundamentale Prinzip der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, d.h. der wissenschaftlichen Anerkennung (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 29. Januar 2004, I 19/03, vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 13. Juni 2012, 8C_590/11, BGE 115 V 195 E. 4b, BGE 123 V 60 E. 2b.cc, AHI 2001 S. 76 f. E. 1b).

3.3 Das Spital C.____ hat die Operationsindikation gestellt, die Operation somit als notwendig betrachtet, und die Behandlung auch durchgeführt.

3.4 Die von Ärzten als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanwendungen haben die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen (die Kostenvergütungspflicht ist zu bejahen, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist, vgl. Art. 33 Abs. 5 KVG). Hält ein (im Entscheid: Kranken-)Versicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (vgl. BGE 129 V 170 f. E. 3.2).



3.5 Der RAD stellt sich vorliegend auf den Standpunkt, als Normwerte der Operationsindikation zur supramalleolären "Tibiatorsionsosteotomie" würden eine Aussentorsion von mehr als 40° und eine verminderte Tibiatorsion von 5° und weniger gelten. Auf die (vom Spital C.____) gewählte Weise würden dagegen bloss nicht der Norm entsprechende (sc. wohl: aber nicht operationsbedürftige) Untersuchungsbefunde biomechanisch korrigiert, ohne dass ein Wirkungs- und Wirtschaftlichkeitsnachweis für diese Korrektur bestünde. Es gebe über diese Therapie keine Langzeitdaten und es handle sich nicht um ein in der Medizin und an anderen medizinischen Zentren verbreitetes Prozedere.

3.6 Es kann davon ausgegangen werden, dass Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit der Derotations-Osteotomie der Tibia als solche bei gegebener Indikation nicht umstritten sind. In der einen eingelegten Publikation von Prof. Dr. Hefti (act. 19) wird aber festgehalten, sie (sc. wohl: die Ärzte der Kinderorthopädischen Universitätsklinik am Universitätskinderspital beider Basel) stellten die Indikation zur supramalleolären Tibiadetorsionsosteotomie (bei einer Aussentorsion von mehr als 40° bzw.) bei einer verminderten Tibiatorsion von 5° und weniger (S. 549). In der anderen vorliegenden Publikation von Dr. Schmid (act. 20) wird dargelegt, eine Korrektur der vermehrten Unterschenkelinnentorsion komme nur bei kleinen Winkeln (unter 5°) und durch den konsekutiven Einwärtsgang bedingten Beschwerden (häufiges Stolpern über die Vorfüsse, Fehlbelastungen in den Füßen und Kniebeschwerden) infrage (S. 3).

3.7 Im Schreiben an die IV-Stelle vom 7. Februar 2013 (act. 21) hat das Spital C.____ angegeben, beim Versicherten sei klinisch eine "verminderte Unterschenkelinnentorsion" (wohl: verminderte Unterschenkeltorsion) von unter 5° gemessen worden. Die Indikation (bzw. wohl das Kriterium für die Indikation) der supramalleolären Korrektur beziehe sich auf die klinische Untersuchung. Es (das Spital) gehe genau nach der Literaturempfehlung vor; das Vorgehen stimme mit der in der Literatur angegebenen klinischen Messmethode überein. Das Spital hält also dafür, klinisch gesehen sei der betreffende, in der Literatur vorgesehene (Maximal-) Wert (von 5°) nicht überschritten gewesen.

3.8 Nur bei der ersten klinischen Untersuchung vom 5. Dezember 2011 (vgl. dazu act. 35, Untersuchungsbericht nicht bei den Akten) wurde der Winkel allerdings auf



maximal 5° festgesetzt, während das Ergebnis einer späteren klinischen Messung (vom 23. Juli 2012) zwar nach Angaben des Spitals ebenfalls einen klinisch pathologischen Befund ergab, der aber mit einer Verdrehung von 10° beurteilt wurde. Entsprechend wurde denn auch im IV-Arztbericht vom 16. Oktober 2012 beim Befund eine Aussenrotation der Malleolengabel zum Tibiaplateau von ca. 10° angegeben (ohne Unterscheidung, ob links oder rechts). Bei klinischen Messungen ist sicherlich zu berücksichtigen, dass sie mit einer gewissen Ungenauigkeit behaftet und von eingeschränkter Reliabilität sind. Einen Grund, darauf gar nicht abzustellen, bedeutet das aber nicht. Es zeigt sich insgesamt, dass der in der aufgelegten Literatur als Obergrenze für eine Operationsindikation umschriebene Winkel von 5° abgesehen vom Messergebnis der erwähnten, in den Akten nicht dokumentierten ersten klinischen Untersuchung, die sich wohl einzig auf die linke Seite bezog, (selbst) nach klinischer Erhebung überschritten war. Bei der Operation war davon auszugehen, dass der Grenzwert nicht eingehalten war. Radiologisch haben sich, was nach Darstellung des Spitals C.____ für die Einhaltung der Vorgaben aus der Literatur allerdings nicht massgebend ist, (noch) näher am Normalbefund liegende Werte ergeben. Gemäss der CT-Messung und dem Operationsbericht lag beim Versicherten eine Aussenrotation OSG bzw. eine verminderte Tibirotation von rechts 23° und links 15° vor.

3.9 Es ist nicht bekannt, ob es in der medizinischen Literatur abweichende Auffassungen zu den relevanten Grenzwerten (für eine Operationsindikation) gibt. Zumindest hat aber das Spital C.____ selber keine solchen bezeichnet, sondern im Gegenteil dafürgehalten, gemäss diesen Vorgaben vorgegangen zu sein. - Was im Übrigen die Normwerte der Torsion von Unterschenkeln betrifft, wurden immerhin unterschiedliche Winkel bezeichnet. Der RAD benannte am 8. Januar 2013 (act. 14) für Adoleszente einen Grad von 24° Aussenrotation +/- 5°, das Spital C.____ im internen Schreiben vom 24. September 2013 (act. 35) einen Grad von 20° +/- 10° und im Schreiben vom 7. Februar 2013 (act. 21) einen solchen von 33° +/- 8° (der sich allerdings gemäss der zitierten Quelle, H.A. Waidelich, auf über 18-Jährige bezieht, vgl. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1033007>).

3.10 Es fragt sich daher, welche Bedeutung den Grenzwerten für die Operationsindikation in der medizinischen Wissenschaft zukommt, ob es sich dabei nach



medizinischer Wissenschaft um strikte Erfordernisse für die Indikation einer Operation handle, eine Indikation ausserhalb der normierten Werte also generell ausgeschlossen werde, oder ob eine Indikation - unter bestimmten Umständen - auch ausserhalb dieser Grenzwerte begründet sein könne. Die beiden Publikationen lassen eher darauf schliessen, dass Operationen jedenfalls nur unter restriktiven Voraussetzungen angezeigt sind.

3.11 Im konkreten Sachverhalt wird die Operationsindikation mit weiteren Faktoren begründet. Namentlich war die Fehlstellung bereits seit längerem (offenbar ohne den gewünschten Erfolg) konservativ behandelt worden und lag ausserdem eine pathologische Beschwielung über der lateralen Talusschulter sowie über dem Calcaneus an beiden Fussristen vor. Im IV-Arztbericht vom 16. Oktober 2012 ist angegeben worden, der Versicherte sei nun ein Jahr lang mittels Physiotherapie und Gangschulung behandelt worden, doch habe sich keine Besserung des Gangbildes gezeigt. Das Aufsetzen der Füsse und die Belastung seien nach wie vor pathologisch. Aufgrund des eindrücklichen Bildes sei entschieden worden, den Versicherten frühzeitig zu operieren und nicht das weitere Wachstum abzuwarten.

3.12 Die gegenwärtige Aktenlage lässt einen Entscheid darüber nicht zu, ob die konkret strittige Operation indiziert gewesen sei oder nicht. Einerseits ist davon auszugehen, dass der Entscheid des Arztes als Einzelfallentscheid sich an allen sachbezogenen Umständen zu orientieren hat, andererseits ist denkbar, dass es gewisse Grenzen gibt, ausserhalb derer ein solcher Entscheid nach medizinischer Wissenschaft generell nicht am Platz ist (weil die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit dort nicht erstellt ist).

3.13 Da von der Frage der Operationsindikation vorliegend wie erwähnt die Anerkennung als Geburtsgebrechen selbst abhängt, ist hierzu eine medizinische fachärztliche Stellungnahme (wohl hauptsächlich eine Aktenstellungnahme, da die Operation inzwischen bereits erfolgt ist) erforderlich und wird von der Beschwerdegegnerin einzuholen sein.

3.14 Angesichts der notwendigen Rückweisung der Sache erübrigt sich das Befassen mit dem Eventualstandpunkt der Beschwerdeführerin.



4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2013 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur ergänzenden Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57). Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin sind ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

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

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 9. August 2013 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet

Publikationsplattform

St.Galler Gerichte

