



Fall-Nr.: IV 2014/214 + IV 2014/503
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 21.10.2019
Entscheiddatum: 17.05.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 17.05.2016

Art. 13 IVG, 12 IVG, Art. 53 Abs. 2 ATSG. Wenn bei minderjährigen Versicherten medizinische Massnahmen nicht gestützt auf Art. 13 IVG gewährt werden können, ist subsidiär zu prüfen, ob eine Leistungszusprache gestützt auf Art. 12 IVG möglich ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Mai 2016, IV 2014/214 und IV 2014/503).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2014/214, IV 2014/503

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gesetzlich vertreten durch B.____,

dieser vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser,
c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde am 3. Oktober 2007 von ihren Eltern zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons Zürich angemeldet (IV-act. 1, 3). Dr. med. C.____, Spezialärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und leitende Ärztin für Kinderorthopädie am Kantonsspital Winterthur, berichtete den Eltern der Versicherten am 15. Oktober 2007, dass bei der Versicherten als Folge der schweren infektiösen Erkrankung eine Mitbetroffenheit des rechten Hüftgelenks bestehe. Im durchgeführten MRI habe sich eine Hüftkopfnekrose bis zum Schenkelhals rechts gezeigt. Es bestünden ein praktisch steifes Hüftgelenk rechts und ein Verdacht auf Ausrenkung. Die Erstbehandlung erfolge wie bei einer angeborenen Hüftausrenkung mit Overhead-Extension (IV-act. 4). In einem Bericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 30. Oktober 2007 wurden als Diagnosen Frühgeburt mit einem Geburtsgewicht von 1'330 Gramm (Ziff. 494 der Verordnung über Geburtsgebrechen [GgV; SR 831.232.21]) sowie Atemnotsyndrom (Ziff. 497 GgV) genannt (IV-act. 7). Gestützt auf diesen Bericht erteilte die IV-Stelle Zürich mit den Mitteilungen vom 8. November 2007 Kostengutsprache für die Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 494 und 497 (IV-act. 8, 9).

A.b In einem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 22. Januar 2008 nannte die behandelnde Ärztin als Diagnosen eine Femurkopfnekrose rechts nach Osteomyelitis und neonataler Staphylokokkus aureus-Sepsis sowie eine Hüftluxation rechts. Sie hielt fest, es liege das Geburtsgebrechen Ziff. 183 (angeborene Hüftverrenkung und angeborene Fehlentwicklung des Hüftgelenks) vor (IV-act. 12). Mit einer Mitteilung vom 30. Januar 2008 erteilte die IV-Stelle Zürich für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 eine bis 31. August 2012 wirksame Kostengutsprache (IV-act. 13).



St.Galler Gerichte

A.c Nach einem Umzug der Versicherten in den Kanton St. Gallen überwies die IV-Stelle Zürich am 12. Juni 2008 die Akten an die neu zuständige IV-Stelle des Kantons St. Gallen (IV-act. 16). In einem Verlaufsbericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 4. April 2011 wurden folgende Diagnosen angegeben: Status nach Hüftkopfnekrose nach Säuglingscoxitis sowie Status nach Schenkelhalsverlängerung mit schräger Doppel-Osteotomie des proximalen Femurs und Distalisierung des Trochanter major am 6. Januar 2011 bei fehlendem Hüftkopf und Schenkelhals rechts. Als medizinische Therapiemassnahme verordneten die Ärzte Physiotherapie (IV-act. 23). Mit einer Mitteilung vom 18. April 2011 sprach die IV-Stelle im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 die Kosten für die ärztlich verordnete ambulante Physiotherapie vom 11. März 2011 bis 31. März 2012 zu (IV-act. 24).

A.d Am 6. Mai 2011 ersuchten die Eltern der Versicherten bei der IV-Stelle um Kostengutsprache für Hilfsmittel, namentlich für Schuhabänderungen und Gehhilfen (IV-act. 25). Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) hielt am 20. Juli 2011 fest, die postoperativen Massnahmen stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 183 im Zusammenhang (IV-act. 27). Am 14. Oktober 2011 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für die beantragten Hilfsmittel (IV-act. 32). Seitens des Ostschweizer Kinderspitals erfolgte im Verlaufsbericht vom 2. Dezember 2011 ein weiteres Gesuch um Hilfsmittel in Form einer Schuherhöhung um 4 cm rechts bei zunehmender Beinlängendifferenz bei manifester Hüftpathologie (IV-act. 34). Auch dieses Gesuch hiess die IV-Stelle nach Rücksprache mit dem RAD (IV-act. 35) mit einer Mitteilung vom 19. März 2012 gut und erteilte die Kostengutsprache für orthopädische Änderungen an Konfektionsschuhen nach ärztlicher Verordnung ab 15. November 2011 bis 30. November 2021 (IV-act. 36).

A.e Am 4. Juni 2012 nannte die behandelnde Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals als Diagnosen den Status nach Säuglingscoxitis mit Untergang von Hüftkopf und Schenkelhals rechts, den Status nach multiplen Voroperationen zur Schenkelhalsverlängerung und Reposition sowie Beckenosteotomien rechts, die Entfernung von 5 Kirschnerdrähten, Fixateur-Externe und winkelstabiler 3,5er-Platte sowie eine Osteosynthese des Schenkelhalses mit 2 x 3,5 mm Hohlschrauben rechts am 8. März 2012. Sie hielt fest, bei der Versicherten liege eine komplexe Knochen- und Weichteilproblematik vor. Es sei ein langwieriger Verlauf zu erwarten, da noch nicht



sicher abgesehen werden könne, wie sich Femurkopf und Schenkelhals ossär entwickelten. Nach Abnahme der arthrodisierenden Implantate am 8. März 2012 sei nun eine intensive Physiotherapie nötig, um die Mobilisation und das physiologische Gangbild zu verbessern. Daher werde um eine Kostenübernahme der Physiotherapie gebeten (IV-act. 44). Mit einer Mitteilung vom 13. Juni 2012 erteilte die IV-Stelle im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 die beantragte Kostengutsprache für eine ambulante Physiotherapie ab 1. April bis 31. August 2012 (IV-act. 45). Das Gesuch des Vaters der Versicherten um Verlängerung der Kostengutsprache für die Physiotherapie wurde von der IV-Stelle am 13. Juli 2012 gutgeheissen. Zudem teilte sie mit, dass sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 für den Zeitraum vom 1. September 2012 bis 31. August 2013 weiterhin übernehmen werde (IV-act. 51). Ebenfalls im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 sprach die IV-Stelle am 22. August 2012 einen Kostenbeitrag an die Kinderspitexleistungen vom 15. Dezember 2011 bis 6. März 2012 zu (IV-act. 56).

A.f Am 24. Juli 2013 ersuchte der behandelnde Arzt des Ostschweizer Kinderspitals die IV-Stelle einerseits um eine Verlängerung der Kostengutsprache für die Physiotherapie und andererseits um die Übernahme der Kosten für einen für am 18. Oktober 2013 geplanten operativen Eingriff (Osteotomie distales Femur rechts aufgrund der Säuglingscoxitis und dem Status nach Hüftkopfnekrose) bei der Versicherten (IV-act. 58). Mit einer Mitteilung vom 30. Juli 2013 verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 (inklusive Physiotherapie) bis 31. August 2018 (IV-act. 60). Am 27. Oktober 2013 teilte der Vater der Versicherten mit, dass seine Tochter am 18. Oktober 2013 operiert worden sei und er danach die Spitex aufgebeten habe, um die Pins professionell säubern zu lassen. Diese Spitexkosten seien von der Invalidenversicherung zu übernehmen (IV-act. 61). Im Rahmen der Überprüfung des Gesuchs um Kostengutsprache für die Spitex forderte die IV-Stelle beim Ostschweizer Kinderspital alle Berichte im Zusammenhang mit der Operation vom 18. Oktober 2013 an (IV-act. 63). Die zuständige Fachmitarbeiterin der IV-Stelle gelangte am 4. Dezember 2013 mit der Frage an den RAD, ob der Eingriff vom 18. Oktober 2013 sowie auch die bisherigen Operationen effektiv im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecchen Ziff. 183 stünden. Der RAD hielt am 17. Januar 2014 diesbezüglich fest, im Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 28. Oktober 2013



sei als Diagnose ein Status nach Hüftkopfnekrose nach Säuglingscoxitis rechts attestiert worden. Diese Diagnose erfülle aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht die Anspruchsvoraussetzungen für die Anerkennung als Geburtsgebrechen Ziff. 183, namentlich der angeborenen Hüftverrenkung und angeborenen Fehlentwicklung des Hüftgelenkes. Vielmehr handle es sich vorliegend um eine Folge einer schweren infektiösen Erkrankung, d.h. um eine erworbene Pathologie. Die Voraussetzungen für die Anerkennung als Geburtsgebrechen Ziff. 183 seien nie erfüllt gewesen. Wie im Bericht von Dr. C. ___ vom 15. Oktober 2007 erwähnt, sei zwar die Behandlung im vorliegenden Fall initial durchaus vergleichbar gewesen mit der Behandlung einer angeborenen Hüftverrenkung bzw. Fehlentwicklung des Hüftgelenkes. Jedoch sei für die Anerkennung als Geburtsgebrechen die Ursache des Leidens und nicht die Art der Behandlung entscheidend (IV-act. 65).

A.g Mit einem Vorbescheid vom 21. Januar 2014 stellte die IV-Stelle die Ablehnung der Kostengutsprache für weitere medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 in Aussicht. Zur Begründung hielt sie fest, die internen Abklärungen hätten ergeben, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 gar nie bestanden habe und dieses von der IV-Stelle Zürich fälschlicherweise anerkannt worden sei (IV-act. 66). Gegen diesen Vorbescheid wandte der Vater der Versicherten am 6. Februar 2014 ein, dass der Fall seiner Tochter von der IV-Stelle Zürich zeitnah zum Gesundheitsschaden im Jahr 2007 geprüft und ein Anspruch auf IV-Leistungen anerkannt worden sei. Auch die IV-Stelle St. Gallen habe nach der Überweisung des Falls im Jahr 2008 den Anspruch bejaht. Da sich seitdem nichts an der Ursache und dem Verlauf des Geburtsgebrechens geändert habe, gebe es keinen Anlass für einen anderweitigen Entscheid. Hinzu komme, dass der Fall mehrfach und erst kürzlich positiv beurteilt worden sei. Unabhängig davon, ob der Anspruch nun gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183 bejaht werde oder ob eine andere Ziffer der GgV passender sei, sei die Invalidenversicherung leistungspflichtig (IV-act. 71). Die zuständige Fachmitarbeiterin hielt diesbezüglich am 11. März 2014 fest, dass der Fall der Versicherten bei der IV-Stelle Zürich nie von einem IV-Arzt beurteilt worden sei, sondern lediglich vom zuständigen Sachbearbeiter. Auch die Verlängerung der Kostengutsprache sei nicht von einem IV-Arzt bestätigt worden. Erst im Rahmen der Überprüfung einer erneuten Kostenübernahme für die Spitexleistungen sei ein IV-Arzt zur Rate gezogen worden. Dieser habe festgestellt, dass das Geburtsgebrechen Ziff.



St.Galler Gerichte

183 nicht vorliege. Bei der Versicherten bestehe auch kein anderes Geburtsgebrechen gemäss GgV. Grosszügigerweise werde auf eine Rückforderung der geleisteten Kosten verzichtet und lediglich eine Einstellung der Kostengutsprache auf den nächstmöglichen Zeitpunkt verfügt. Ab diesem Zeitpunkt müsse die zuständige Krankenkasse die Kosten übernehmen (IV-act. 72). Mit einer Verfügung vom 11. März 2014 lehnte die IV-Stelle (weitere) Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen ab mit der Begründung, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 nicht vorliege (IV-act. 73).

B.

B.a Am 14. März 2014 ersuchte die behandelnde Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals um Kostengutsprache für die Behandlung der Femurkopfnekrose bei Osteomyelitis Hüfte rechts gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495, da bei der Versicherten ein schwerer neonataler Infekt in den ersten 72 Stunden postpartal aufgetreten sei (IV-act. 76). Der RAD hielt dazu am 2. Juli 2014 fest, dass die Femurkopfnekrose aus versicherungsmedizinischer Sicht eine pathologische Auswirkung der neonatalen Infektion (Geburtsgebrechen 495) darstelle. Somit wären die medizinischen Voraussetzungen im Sinn von Rz. 11 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) ausgewiesen (IV-act. 88). In einer internen Aktennotiz der IV-Stelle vom 3. Juli 2014 wurde festgehalten, es sei in der (gegen die Verfügung vom 11. März 2014 erhobenen) Beschwerde erwähnt worden, dass die Versicherte bei der Geburt mit einer Klemme verletzt worden sei. Dabei sei mit grosser Wahrscheinlichkeit die schwere infektiöse Erkrankung eingetreten, welche die Hüftkopfnekrose ausgelöst habe. Wäre dies tatsächlich der Fall, wäre das Geburtsgebrechen Ziff. 499 zu prüfen. Dafür müsse noch der Austrittsbericht des Universitätsspitals Zürich vom August 2007 eingeholt werden (IV-act. 89).

B.b Im Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 15. August 2007 war festgehalten worden, dass bei der Versicherten nach der Geburt klinisch keine Anhaltspunkte für einen Infekt vorgelegen hätten. Die Stuhlkultur auf Klebsiella pneumoniae vom 11. August 2007 sei negativ gewesen. Etwa eine Stunde postpartal sei es beim Setzen einer Pean-Klemme zu einer Rissquetschverletzung am



Die Wunde ist 5 cm rechts distal gekommen. Der Nagel sei gebrochen und es habe eine Quetschung mit Hautablösung der Fingerkuppe gegeben. Die Wundheilung sei unter zwei-Mal-täglichen Verbandswechseln und Desinfektion gut verlaufen. Sechs Tage nach der Verletzung habe es keinen Hinweis auf einen lokalen Infekt gegeben. Der Nagel sei erhalten und die periphere Motorik und Durchblutung seien intakt gewesen. Ab dem 10. Lebenstag seien keine Verbände mehr nötig gewesen. Im Zeitpunkt der Entlassung am 16. August 2007 befinde sich die 10 Tage alte Versicherte in gutem Allgemeinzustand. Der Nabel sei diskret gerötet, jedoch ohne Hinweis auf einen Infekt. Bei der Zwillingsschwester der Versicherten bestehe der Verdacht auf einen neonatalen Infekt (IV-act. 92). Der RAD führte am 23. Juli 2014 aus, dass der Austrittsbericht eindeutig belege, dass bei der Versicherten in den ersten 10 Lebenstagen kein neonataler Infekt (Geburtsgebrechen 495) vorgelegen habe. Die Verletzung des rechten Kleinfingers sei sorgfältig behandelt worden. Es sei zu einer guten Wundheilung ohne Hinweis auf einen lokalen Infekt gekommen. Zu beachten sei jedoch, dass bei der Zwillingsschwester der Versicherten der Verdacht auf einen neonatalen Infekt geäussert worden sei. Es sei noch der Bericht des Kantonsspitals Winterthur, wo ab dem 16. August 2007 eine weitere stationäre Behandlung stattgefunden habe, einzuholen (IV-act. 93).

B.c Gemäss dem Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 war die Versicherte vom 16. August bis 17. Oktober 2007 in stationärer Behandlung gewesen. Die Ärzte hatten festgehalten, dass die Versicherte beim Eintritt keine Hinweise auf einen Infekt gezeigt habe. Zur gleichen Zeit sei die Zwillingsschwester schon bei der Verlegung am 10. Lebenstag bei positiven Blutkulturen (Staph aureus) antibiotisch behandelt worden. Nachdem sich der klinische Zustand der Versicherten mit Kreislauf- und Ateminstabilität verschlechtert habe, sei am 18. August 2007 wegen unklarem Infektverdacht eine Therapie begonnen worden. Die laborchemischen Abklärungen hätten am 20. August 2007 auch bei der Versicherten Staph aureus in der aeroben Blutkultur gezeigt. Nachdem eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten sei, sei die Therapie nach 16 Tagen, am 3. September 2007, beendet worden. Bezüglich der Hüfte seien die behandelnden Ärzte aufgrund der wechselnden Befunde, welche auch nicht mit den laborchemischen Entzündungswerten korrelierten, nicht davon ausgegangen, dass die Hüftregion wesentlich von einem Infekt hätte mitbetroffen sein können.



Aufgrund einer erst bei einer Routineuntersuchung am 18. September 2007 erkannten Luxation sei am 20. September 2007 ein MRI durchgeführt worden, das die Hüftkopfnekrose bis zum Schenkelhals rechts sowie die Deformierung des Os ilii gezeigt habe. Retrospektiv müsse bei der Versicherten leider von einer im Rahmen der 16-tägigen Behandlung der Staph aureus-Sepsis abgelaufenen Mitbeteiligung/Osteomyelitis der rechten Hüfte ausgegangen werden, in deren Verlauf es zu einer Minderversorgung und Nekrose bei Luxation gekommen sei. Das Ausmass der Nekrose sowie die Prognose könnten noch nicht abschliessend beurteilt werden (IV-act. 95). Der RAD hielt am 13. August 2014 zum Bericht des Kantonsspitals Winterthur fest, dass der Verdacht auf einen Infekt erstmalig am 12. Lebenstag erwähnt worden sei. Der Erregernachweis in den Blutkulturen sei am 14. Lebenstag erfolgt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne eine schwere neonatale Infektion, die in den ersten 72 Lebensstunden manifest geworden sei und zu einer Intensivbehandlung geführt habe, im Sinn des Geburtsgebrechens Ziff. 495 nicht bestätigt werden. Betreffend das Geburtsgebrecen Ziff. 499 (schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürften) sei festzuhalten, dass die ca. eine Stunde nach der Geburt mit einer Pean-Klemme zugefügte Verletzung des rechten Kleinfingers nicht während der Geburt erfolgt und ohne Infektzeichen komplikationslos ausgeheilt sei. Die medizinischen Zusprachekriterien des Geburtsgebrechens Ziff. 499 seien somit nicht ausgewiesen (IV-act. 98).

B.d Mit einem Vorbescheid vom 15. August 2014 stellte die IV-Stelle die Abweisung einer Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrecen Ziff. 495 in Aussicht. Gegen den Vorbescheid liess die Versicherte bzw. ihr Vater am 18. September 2014 Einwand erheben. Der Rechtsvertreter verwies in der Begründung auf die von ihm angeforderte Stellungnahme des Kantonsspitals Winterthur vom 18. Juni 2014. In dieser Stellungnahme hatte die leitende Ärztin der Kinderorthopädie, Dr. C.____, festgehalten, dass die ihr vom Rechtsvertreter gestellte Frage, ob bei der Versicherten innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine schwere neonatale Infektion ausgelöst worden sei, für sie sehr schwierig zu beantworten sei, da sie die Versicherte selber nur am 25. September 2007 konsiliarisch gesehen und am 9. Oktober 2007 die Arthrographie durchgeführt habe. Eine primär postpartale Infektion scheine ihr aufgrund der Unterlagen (der Austrittsbericht des Universitätsspitals Zürich fehle ihr) nicht vorhanden gewesen zu sein. Es bestehe aber sehr wohl die Möglichkeit,



dass die Infektion durch die eine Stunde postpartal erfolgte Fingerquetschung verursacht worden sei. Der klinische Befund bei der Versicherten habe aber nicht unbedingt dafür gesprochen, da sich eine Infektion bei einem Neugeborenen ausserordentlich schnell ausbreite und mit klinischen Zeichen wie Trinkunlust etc. verbunden sei. Offenbar habe sich die Versicherte unter der Antibiotikungabe weiterhin gut erholt. Mit absoluter Sicherheit könne die Frage, ob die Fingerkuppenverletzung zum postpartalen Infekt geführt habe, nicht beantwortet werden. Hingegen könne deshalb ein postpartaler Infekt angenommen werden, weil man schon bei der Zwillingsschwester postpartal ebenfalls Staphylococcus aureus im Blut gefunden habe, so dass von einer mittelgradigen Besiedelung ausgegangen werden könnte. Leider sei bei der Versicherten die Sepsis nicht genügend antibiotisch austerapiert worden, weshalb es zu einer Coxitis mit Zerstörung des rechten Hüftgelenks gekommen sei. Zusammengefasst bestehe bei der Versicherten eine ordentlich grosse Wahrscheinlichkeit auf eine neonatale Sepsis, anfänglich schleichend, aufgrund des gleichzeitig nachgewiesenen Erregers bei der Zwillingsschwester. Mit absoluter Sicherheit lasse sich dies aber nicht feststellen. Ungefähr mit der gleichen Wahrscheinlichkeit bestehe die Möglichkeit, dass die Fingerkuppenverletzung zu diesem ungünstigen infektionsbedingten Verlauf geführt habe. Die Invalidenversicherung sollte jedenfalls für die weiteren Massnahmen aufkommen, wenn auch sicher nicht gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183. Die betroffene Hüfte sei auf jeden Fall nicht auf ein angeborenes, sondern auf ein erworbenes Leiden zurückzuführen. Ob das Leiden unmittelbar postpartal oder kurz danach postpartal erworben worden sei, könne nicht schlüssig beantwortet werden (IV-act. 103). Die zuständige Fachmitarbeiterin der IV-Stelle hielt am 25. September 2014 fest, aus den medizinischen Berichten gehe eindeutig hervor, dass innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Geburt keine Infekte erkennbar gewesen seien und deshalb auch keine entsprechende Behandlung habe erfolgen müssen. Die Intensivbehandlung sei aufgrund der Frühgeburtlichkeit notwendig gewesen (Geburtsgebrechen 494 und 497). In der GgV werde klar vorgegeben, innerhalb welchem Zeitraum der Infekt erkennbar sein müsse. Dies habe sicherlich damit zu tun, dass effektiv nur neonatale Infekte durch die Invalidenversicherung zu übernehmen seien und andere Infekte ausgeschlossen würden. Dr. C.____ habe ja auch angegeben, es sei bekannt, dass sich Infekte bei Neugeborenen ausserordentlich schnell entwickeln könnten (IV-act. 105).



Mit einer Verfügung vom 2. Oktober 2014 wies die IV-Stelle eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 ab und verneinte ausserdem die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 499 (IV-act. 106).

C.

C.a Die Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführerin), gesetzlich vertreten durch ihren Vater, dieser vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz, hatte am 11. April 2014 zunächst Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. März 2014 (betreffend Ablehnung weiterer Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183) erhoben. Der Rechtsvertreter hatte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie eine Neuprüfung seitens der Beschwerdegegnerin, ob eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 erfolgen könne, beantragt (IV 2014/214; act. G 1). In einer Eingabe vom 18. September 2014 hatte der Rechtsvertreter festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin mittlerweile auch um Kostengutsprache gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 ersucht habe und das Verfahren noch nicht beendet sei. Aus diesem Grund hatte er die Sistierung des Beschwerdeverfahrens, vorerst bis Ende November 2014, beantragt (IV 2014/214; act. G 9). Die verfahrensleitende Präsidentin hatte diesem Antrag am 23. September 2014 entsprochen (IV 2014/214; act. G 10).

C.b Am 4. November 2014 erhob der Rechtsvertreter Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Oktober 2014 (betreffend Ablehnung einer Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 2. Oktober 2014 und eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zugunsten der Beschwerdeführerin. In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellte er den Antrag, das vorliegende Verfahren sei mit dem Beschwerdeverfahren IV 2014/214 (betreffend die Verfügung vom 11. März 2014) zu vereinen und es sei eine Frist bis zum 1. Dezember 2014 für eine Beschwerdeergänzung betreffend beide Verfahren festzusetzen (IV 2014/503; act. G 1). Am 11. November 2014 hob die verfahrensleitende Präsidentin die Sistierung des Verfahrens IV 2014/214 auf und vereinigte die beiden Verfahren antragsgemäss. Weiter



wurde dem Rechtsvertreter für eine Beschwerdeergänzung zu beiden Verfahren eine Nachfrist bis zum 1. Dezember 2014 gewährt (IV 2014/214; act. G 12).

C.c Innerhalb der nochmals erstreckten Nachfrist (IV 2014/214; act. G 14) reichte der Rechtsvertreter am 15. Dezember 2014 eine Beschwerdeergänzung betreffend beide Verfahren ein. Er beantragte, beide Verfügungen seien aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die Kosten für medizinische Massnahmen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung führte er aus, dass die Beschwerdegegnerin seit vielen Jahren Leistungen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183 ausgerichtet habe. Die ursprünglich von der IV-Stelle Zürich erlassene (leistungszusprechende) Verfügung (richtig: Mitteilung) sei mehrfach revidiert und für richtig befunden worden. Es erstaune deshalb, dass die Beschwerdegegnerin nach so langer Zeit zum Schluss komme, dass der Entscheid offensichtlich unrichtig gewesen sei. Nach der Geburt der Beschwerdeführerin sei in der ärztlichen Beurteilung festgehalten worden, dass sich anlässlich einer Routine-Ultraschallkontrolle der Hüftgelenke das rechte Hüftgelenk als luxiert gezeigt habe. Gestützt darauf sei das Geburtsgebrechen Ziff. 183 anerkannt worden. Aufgrund der damals unklaren Situation und der seitens der Beschwerdegegnerin nicht gemachten weiteren Abklärungen könne nicht von einer offensichtlichen Unrichtigkeit ausgegangen werden. Die Möglichkeit einer Wiedererwägung sei daher ausgeschlossen. Darüber hinaus sei festzuhalten, dass die Eltern der Beschwerdeführerin aufgrund der erfolgten Leistungszusprache der Beschwerdegegnerin nach der Geburt von allfälligen weiteren Abklärungen in haftpflichtrechtlicher Hinsicht abgesehen hätten. Allfällige haftpflichtrechtliche Forderungen seien mittlerweile verjährt, womit der Familie ein nicht wieder gut zu machender Nachteil entstanden sei. Da sie sich auf den Grundsatz von Treu und Glauben berufen könne und sich seit der Leistungszusprache in medizinischer Hinsicht nichts geändert habe, wäre auch aus diesem Grund die Leistung weiter zu gewähren. Es könne allenfalls dahingestellt bleiben, ob die Weitergewährung der Leistungen gemäss Ziff. 183 zugesprochen werden müsse, sofern eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 bejaht würde. Diesbezüglich habe Dr. C.____ im Bericht vom 18. Juni 2014 festgehalten, dass eine ordentlich grosse Wahrscheinlichkeit bestehe, dass bei der Beschwerdeführerin eine neonatale Sepsis, anfänglich



schleichend, aufgrund des gleichzeitig nachgewiesenen pathologischen Erregers bei der Zwillingschwester bestanden habe. Unter Berücksichtigung der gesamten Umstände erscheine es aufgrund dieser doch erheblichen Wahrscheinlichkeit angemessen, die Leistungen an die Beschwerdeführerin unter dem neuen Geburtsgebrechen Ziff. 495 weiter auszurichten (IV 2014/214; act. G 15).

C.d Am 16. Februar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte in der Begründung aus, dass zunächst die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 11. März 2014 zu überprüfen sei, mit welcher die bisher ergangenen Mitteilungen bezüglich dem Geburtsgebrechen Ziff. 183 in Wiedererwägung gezogen und eine Übernahme von weiteren Behandlungskosten ex nunc verneint worden seien. Dem der IV-Stelle des Kantons Zürich beim Erstentscheid über die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 (Mitteilung vom 30. Januar 2008) zur Verfügung gestandene Bericht der leitenden Ärztin für Kinderorthopädie am Kantonsspital Winterthur vom 15. Oktober 2007 sei zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin als Folge einer schweren infektiösen Erkrankung eine Mitbetroffenheit des rechten Hüftgelenks bestehe. Dies wirke sich aus in Formänderungen von Hüftkopf und oberem Ende des Schenkelhalses. Auch die im Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 22. Januar 2008 enthaltenen Angaben wiesen auf eine Entzündung als Ursache der luxierten behandlungsbedürftigen rechten Hüfte hin. Demnach sei aus den medizinischen Unterlagen deutlich und unmissverständlich hervorgegangen, dass die Beeinträchtigung des Hüftgelenks die Folge einer erst nach der Geburt aufgetretenen Infektion gewesen sei. Daraus hätte die IV-Stelle Zürich schliessen müssen, dass bei dieser Konstellation das Geburtsgebrechen Ziff. 183 nicht bejaht werden könne. Der gegenteilige Schluss sei offensichtlich unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn gewesen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin spielten im Rahmen der Wiedererwägung Gesichtspunkte des Vertrauensschutzes keine selbstständige Rolle. Mit der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 sei zu Recht ein rechtskonformer Zustand mit Wirkung ex nunc et pro futuro hergestellt worden, indem die Anspruchsvoraussetzungen für eine Leistungszusprache gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183 verneint worden seien. Zu prüfen bleibe die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 2. Oktober 2014, mit welcher die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 495 abgelehnt worden sei. Unter dieses Geburtsgebrechen fielen schwere Infekte des Neugeborenen, sofern sie in den ersten



St.Galler Gerichte

72 Lebensstunden erkennbar gewesen seien und eine Intensivbehandlung habe begonnen werden müssen. Nach Auffassung des RAD belege der Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspitals Zürich vom 15. August 2007 eindeutig, dass in den ersten 10 Lebenstagen kein neonataler Infekt vorgelegen habe. Auch der nachträglich zugestellte Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 führe nach Beurteilung des RAD nicht zu einer gegenteiligen Betrachtung. Insbesondere habe der RAD darauf hingewiesen, dass die der Beschwerdeführerin ca. eine Stunde nach der Geburt mit einer Pean-Klemme zugefügte iatrogene Quetschwunde am rechten Kleinfinger ohne Infektzeichen komplikationslos ausgeheilt sei. Es leuchte daher ein, dass der RAD zum Schluss gelangt sei, das Geburtsgebrechen Ziff. 495 liege nicht vor (IV 2014/214; act. G 17).

C.e Mit einer Replik vom 27. April 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter brachte vor, dass sich die Beschwerdegegnerin bezüglich des Geburtsgebrechens Ziff. 495 gar nicht mit der Stellungnahme des Kantonsspitals Winterthur vom 18. Juni 2014 befasst habe. Sollten die darin enthaltenen Angaben nicht widerlegt werden können, so seien medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 zuzusprechen. Sollten weiterhin Zweifel an der medizinischen Einschätzung bestehen, so sei die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (IV 2014/214; act. G 21).

C.f Mit einer Eingabe vom 7. Mai 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (IV 2014/214; act. G 23).

C.g Am 21. Dezember 2015 teilte die verfahrensleitende Präsidentin den Parteien mit, dass das Gericht allenfalls prüfen könnte, ob ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 IVG bestehe. Die Parteien wurden zu einer diesbezüglichen Stellungnahme eingeladen (IV 2014/214; act. G 25).

C.h In einer Stellungnahme vom 8. Januar 2016 hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass die spitalärztlichen Behandlungen am beeinträchtigten Hüftgelenk der Beschwerdeführerin, die gemäss den Ausführungen in der Beschwerdeantwort wegen einer nach der Geburt aufgetretenen Infektion des Hüftgelenks nötig gewesen seien,



nicht als medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 12 IVG gälten. Vielmehr hätten diese Behandlungen als Krankenpflegeleistungen von der Krankenversicherung der Beschwerdeführerin übernommen werden müssen. Dasselbe gelte auch für die zu Unrecht gestützt auf Art. 13 IVG vergüteten Spitexleistungen. Für die Beurteilung der Frage, ob die Kosten für die ambulante Physiotherapie als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG übernommen werden könnten, sei eine fachärztliche Prognose erforderlich, die zwei Aussagen enthalten müsse: Zunächst müsse erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde; gleichzeitig müsse ein ebenso stabiler Zustand herbeigeführt werden können, in dem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit herrschten. Im konkreten Fall sei im Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 17. März 2011 als Therapieziel eine Verbesserung der Hüftgelenksbeweglichkeit, insbesondere bezüglich der Flexion sowie auch der vollen Erreichung der Streckfähigkeit, festgehalten worden. Als Massnahme seien zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche während 3 - 6 Monaten als notwendig erachtet worden. Einem weiteren Bericht des Kinderspitals vom 4. Juni 2012 sei zu entnehmen, dass nach Abnahme der arthrodetisierenden Implantate eine intensive Physiotherapie nötig sei, um eine Luxation zu vermeiden und die Entwicklung eines normalen Gelenks zu fördern. Diese spitalärztlichen Begründungen enthielten keine Prognose im dargelegten Sinn, aufgrund derer sich eine Übernahme der Kosten für die durchgeführten Physiotherapiesitzungen als medizinische Vorkehr im Sinne von Art. 12 IVG unter Berücksichtigung der massgebenden Rechtsprechung rechtfertigen liesse. Es werde daher als sinnvoll erachtet, wenn das Gericht von den Fachärzten des Kinderspitals die für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs gestützt auf Art. 12 IVG fehlenden Auskünfte einhole (IV 2014/214; act. G 26).

C.i In einer Stellungnahme vom 4. Februar 2016 führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus, dass weiterhin an den Argumenten in der Beschwerde betreffend eine Leistungszusprache gestützt auf Art. 13 IVG festgehalten werde. Sofern eine Zusprache gestützt auf Art. 13 IVG nicht möglich sei, bestehe auch die Grundlage, die Prüfung nach Art. 12 IVG vorzunehmen: Die Behandlung der Beschwerdeführerin ziele offensichtlich vor allem auch auf eine möglichst hohe Beweglichkeit und Gehfähigkeit ab und sei somit in einem sehr hohen Masse auf die spätere berufliche



St.Galler Gerichte

Eingliederung ausgerichtet. Wie sich aus den in den Akten liegenden ärztlichen Berichten ergebe, sei der Zustand der betreffenden Hüfte seit einiger Zeit stabil, wobei ausgeführt werde, dass weitere Behandlungsmassnahmen notwendig seien, um die Beweglichkeit in der Hüfte und im Kniegelenk zu erhalten. Sollte das Gericht die vorliegenden Arztberichte als ungenügend betrachten, werde die Rückweisung zur Beurteilung der Voraussetzungen von Art. 12 IVG beantragt (IV 2014/214; act. G 29).

C.j Beide Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme zu der Eingabe der jeweils anderen Partei (IV 2014/214; act. G 31, 32).

Erwägungen

1.

Mit der Verfügung vom 11. März 2014 hat die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für weitere medizinische Massnahmen zu Gunsten der Beschwerdeführerin verweigert, nachdem sie zuvor seit der Geburt der Beschwerdeführerin Leistungen zur medizinischen Behandlung des Hüftleidens erbracht und auch Kosten für die Versorgung mit Hilfsmitteln und Behandlungsgeräten übernommen hatte. Die Beschwerdegegnerin hat dies in Wiedererwägung der (in Form einer Mitteilung) ergangenen Leistungszusprache der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 30. Januar 2008 getan. Zur Begründung der ablehnenden Verfügung wurde ausgeführt, die erneute Prüfung der medizinischen Sachlage habe ergeben, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 gar nie vorgelegen habe. Gegen diese Verfügung vom 11. März 2014 hat die Beschwerdeführerin am 11. April 2014 Beschwerde erhoben. Bereits am 14. März 2014 aber hatte sie die Beschwerdegegnerin darum ersucht, Kostengutsprache für die medizinische Behandlung ihres Hüftleidens gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 zu leisten. Sie hat damit – parallel zur Beschwerdeerhebung – die Beschwerdegegnerin um Wiedererwägung der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 ersucht. Die Beschwerdegegnerin ist insoweit auf das Gesuch eingetreten, als sie in der Folge die Anerkennung des Hüftleidens als Geburtsgebrechen Ziff. 495 oder – wie aus der Begründung ersichtlich ist – Ziff. 499 überprüfte, beides schliesslich verneint und am 2. Oktober 2014 erneut eine leistungsabweisende Verfügung erlassen hat. Diese gemäss Art. 53 Abs. 3 des



Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) pendente lite ergangene Verfügung ist als nichtig zu betrachten, weil nochmals über den gleichen Streitgegenstand wie bereits mit der Verfügung vom 11. März 2014 entschieden worden ist. Gegenstand der Verfügung vom 11. März 2014 ist nämlich nicht der Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183, sondern der Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) bzw. alternativ gestützt auf Art. 12 IVG (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2005, I 309/05). Wenn mit der Verfügung vom 11. März 2014 wiedererwägungsweise ein Anspruch auf medizinische Massnahmen verneint worden ist, weil die Voraussetzungen von Art. 13 IVG nicht erfüllt gewesen sind, dann bedeutet das notwendigerweise, dass gemäss der Beurteilung der Beschwerdegegnerin keines der im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgelisteten Geburtsgebrechen vorgelegen haben kann. Der Verweis auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183 ist nur eine falsche (weil unvollständige) Begründung gewesen. Das bedeutet, dass mit der Verfügung vom 11. März 2014 implizit auch die vorliegend im Raum stehenden Geburtsgebrechen Ziff. 495 und Ziff. 499 verneint worden sind. Die Verfügung vom 2. Oktober 2014 hat also nur eine alternative Begründung zur unvollständigen Begründung der Verfügung vom 11. März 2014 geliefert. Da ein und derselbe Streitgegenstand vorliegt, ist die Eröffnung eines selbstständigen Beschwerdeverfahrens betreffend die Verfügung vom 2. Oktober 2014 (IV 2014/503) rückblickend als überflüssig und somit als nichtig zu betrachten. Es ist folglich von einer einheitlichen Beschwerde in ein und demselben Verfahren (welches formal unter zwei Nummern [IV 2014/214 und IV 2014/503] geführt worden ist) auszugehen.

2.

Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG haben versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestanden haben (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Bundesrat ist der Aufgabe, eine Liste der anerkannten Geburtsgebrechen zu erstellen (vgl. Art. 13 Abs. 2 IVG), mit dem Erlass der GgV nachgekommen (vgl. Art. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Bei der Beschwerdeführerin haben die



Geburtsgebrechen Ziff. 494 und 497 unbestrittenermassen vorgelegen. Folglich hat die IV-Stelle Zürich mit den Mitteilungen vom 8. November 2007 die Kosten für die Behandlung der genannten Geburtsgebrechen zugesprochen (vgl. IV-act. 8, 9).

3.

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 11. März 2014, mit welcher wiedererwägungsweise ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen verneint worden ist. Die Beschwerdegegnerin hat die bisher ergangenen leistungszusprechenden Mitteilungen betreffend das anerkannte Geburtsgebrechen Ziff. 183 (angeborene Hüftverrenkung und angeborene Fehlentwicklung des Hüftgelenks; der IV-Stelle Zürich vom 30. Januar 2008 [vgl. IV-act. 13], der IV-Stelle St. Gallen vom 18. April 2011 [vgl. IV-act. 24], 14. Oktober 2011 [vgl. IV-act. 32], 19. März 2012 [vgl. IV-act. 36], 13. Juni 2012 [vgl. IV-act. 45], 13. Juli 2012 [vgl. IV-act. 51], 22. August 2012 [vgl. IV-act. 56] und 30. Juli 2013 [vgl. IV-act. 60]) in Wiedererwägung gezogen und weitere Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 mit der Begründung ex nunc abgelehnt, dass es sich bei der Hüftluxation der Beschwerdeführerin nicht um ein angeborenes, sondern um ein erworbenes Leiden handle.

3.2 Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Über den Wortlaut von Art. 53 Abs. 2 ATSG hinaus können auch Entscheide in Wiedererwägung gezogen werden, die – wie im vorliegenden Fall – im formlosen Verfahren nach Art. 51 Abs. 1 ATSG gefällt worden sind (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 53 N 19). Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, E. 3.1). Die Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gegeben, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass ein Entscheid unrichtig ist, d.h. es ist nur ein einziger Schluss – eben derjenige auf die Unrichtigkeit – denkbar (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. August 2005, U 127/05; vgl. BGE 125 V 393). Zweifellos



unrichtig in diesem Sinn ist auch ein Entscheid, dem ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zu einem unvollständigen Sachverhalt geführt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2010, 9C_466/2010, E. 3.2.2 mit Hinweis). Für die Beurteilung, ob die wiedererwägungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, ist die Sach- und Rechtslage, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis, im Zeitpunkt des Entscheiderlasses massgebend (vgl. BGE 138 V 147 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.3 Im Vorfeld der Mitteilung vom 30. Januar 2008, mit welcher das Geburtsgebrechen Ziff. 183 erstmals anerkannt worden war (vgl. IV-act. 13), haben der damals zuständigen IV-Stelle Zürich insbesondere zwei Arztberichte vorgelegen. Zum einen der Bericht von Dr. C.____, leitende Ärztin der Kinderorthopädie am Kantonsspital Winterthur, vom 15. Oktober 2007, welcher der IV-Stelle Zürich am 21. Oktober 2007 von den Eltern der Beschwerdeführerin eingereicht worden war (vgl. IV-act. 5), und zum anderen der Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 22. Januar 2008. Die IV-Stelle Zürich hat sich wohl in erster Linie auf den Bericht des Ostschweizer Kinderspitals gestützt, worin die behandelnde Ärztin angegeben hat, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 bei der Beschwerdeführerin vorliege (IV-act. 12-3). Bei den Diagnosen hat sie einerseits die Femurkopfnekrose rechts nach Osteomyelitis und neonataler Staphylococcus aureus-Sepsis sowie andererseits die Hüftluxation rechts angegeben. Da sie die Hüftluxation separat genannt hat und nicht ebenfalls als Folge der Osteomyelitis und neonatalen Staphylococcus aureus-Sepsis, ist ein Zusammenhang auf den ersten Blick nicht ersichtlich gewesen. Erst aus den weiteren Angaben im Bericht lassen sich Hinweise darauf entnehmen, dass die Hüftluxation rechts ebenfalls als Auswirkung der Infektion zu betrachten gewesen ist bzw. in direktem Zusammenhang mit der infektbedingten Femurkopfnekrose gestanden hat. Bezüglich der Ultraschalluntersuchung vom 21. November 2007 hat die behandelnde Ärztin beispielsweise ausgeführt, dass sich eine entzündungsbedingte weitgehende Auflösung des rechten Schenkelhalses gezeigt habe. Die Position des Kopfkerns sei ventral und in Luxationsposition bei hochgradig abgeflachtem ventralem Acetabulum. Bezüglich der Anamnese hat die Ärztin festgehalten, dass sie diese aufgrund der ausführlichen Vorberichte des Kantonsspitals Winterthur bekannt voraussetze (vgl. IV-act. 12-4). Der Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25.



Oktober 2007 hat der IV-Stelle Zürich nicht vorgelegen und ist auch nicht eingeholt worden. Jedoch hat ihr der Bericht von Dr. C.____ vom 15. Oktober 2007 zur Verfügung gestanden. Dr. C.____ hatte festgehalten, dass als Folge der schweren infektiösen Erkrankung eine Mitbetroffenheit des rechten Hüftgelenkes bestehe, welche sich in Formveränderungen des Hüftkopfes und oberem Ende des Schenkelhalses auswirke. Im durchgeführten MRI habe sich eine Hüftnekrose bis zum Schenkelhals rechts gezeigt. Das Röntgenbild habe einen Formunterschied des Oberschenkels im Vergleich zur nicht betroffenen Seite gezeigt. Aufgrund der Erstuntersuchung mit praktisch steifem Hüftgelenk rechts und Verdacht auf Ausrenkung (MRI-Befund vom 20. September 2007) erfolge die Erstbehandlung wie bei einer angeborenen Hüftausrenkung mit Overhead-Extension (vgl. IV-act. 4). Aus diesen Ausführungen ergibt sich eindeutig, dass die Hüftluxation rechts eine Folge der infektiösen Erkrankung und kein angeborenes Leiden darstellt. Auch wenn die Erstbehandlung mittels Overhead-Extension auf die gleiche Weise erfolgt ist wie bei einer angeborenen Hüftausrenkung, so liegt die Ursache des Leidens bei der Beschwerdeführerin in der Infektion, d.h. die Hüftluxation rechts ist nicht angeboren gewesen, sondern infolge einer nachgeburtlichen Erkrankung erworben worden. Der IV-Stelle Zürich hätte vor diesem Hintergrund auffallen müssen, dass die Angabe der behandelnden Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals, wonach bei der Beschwerdeführerin das Geburtsgebrechen Ziff. 183 vorliege, nicht zutreffend sein kann. Schon allein aufgrund des Berichts von Dr. C.____ ist der Entscheid der IV-Stelle Zürich, das Geburtsgebrechen Ziff. 183 bei der Beschwerdeführerin anzuerkennen, als offensichtlich unrichtig zu bezeichnen. Hinzu kommt, dass die IV-Stelle Zürich ihre Untersuchungspflicht klar verletzt hat, indem sie den Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur nicht eingefordert hat, obwohl die behandelnde Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals in ihrem Bericht vom 22. Januar 2008 darauf verwiesen und diesen als der IV-Stelle Zürich bekannt vorausgesetzt hat. Im Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist festgehalten worden, dass bei der Beschwerdeführerin von einer im Rahmen der 16-tägigen antibiotischen Behandlung der Staph aureus-Sepsis abgelaufenen Mitbeteiligung/Osteomyelitis der rechten Hüfte ausgegangen werden müsse, in deren Verlauf es zu einer Minderversorgung und Nekrose bei Luxation gekommen sei (vgl. IV-act. 95-6). Aus diesem Bericht hätte sich somit nochmals deutlich ergeben, dass die Hüftluxation



der Beschwerdeführerin nicht angeboren gewesen ist und damit das Geburtsgebrechen Ziff. 183 nicht vorgelegen hat. Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin zu Recht, festgestellt, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 nie vorgelegen hat und der dieses Geburtsgebrechen anerkennende Entscheid der IV-Stelle Zürich vom 30. Januar 2008 offensichtlich unrichtig gewesen ist.

4.

4.1 Mit der – wie ausgeführt – zu Recht erfolgten rückwirkenden Aberkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 ist jedoch noch nicht entschieden, ob die Ablehnung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 IVG rechtmässig gewesen ist (vgl. oben, E. 1). Zu prüfen ist weiter, ob die Beschwerdegegnerin auch die vorliegend in Betracht zu ziehenden Geburtsgebrechen Ziff. 495 und Ziff. 499 zu Recht verneint hat.

4.2 Gemäss Ziff. 495 des Anhangs zum GgV gelten als Geburtsgebrechen schwere neonatale Infekte, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden des Neugeborenen manifest bzw. erkennbar werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Im Kreisschreiben über medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, Stand 1. Januar 2015) wird festgehalten, dass Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung Gebrechen seien, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die Voraussetzung sei auch dann erfüllt, wenn zwar das Geburtsgebrechen im erwähnten Zeitpunkt noch nicht als solches erkennbar sei, jedoch später behandlungsbedürftige Symptome aufträten, die den Schluss zuließen, dass bei vollendeter Geburt ein Geburtsgebrechen bzw. die Anlage dazu vorhanden gewesen sei (Rz. 4 KSME). Einzelne Leiden gälten jedoch nur dann als Geburtsgebrechen, wenn die wesentlichen Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraumes aufträten. Dazu gehöre u.a. auch das Geburtsgebrechen Ziff. 495. Unerheblich sei, ob die entsprechende Diagnosestellung gestützt auf diese Symptome erst später gestellt worden sei. Beispielsweise könne ein Diabetes mellitus eines Säuglings von 8 Wochen als Geburtsgebrechen Ziff. 451 anerkannt werden, wenn nachgewiesen werde, dass schon in den ersten vier Lebenswochen eine Zuckerausscheidung im Urin stattgefunden habe (Rz. 5 KSME). Die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 495 erfordert also, dass die wesentlichen Symptome des



neonatalen Infekts innerhalb der ersten 72 Lebensstunden, d.h. in den ersten 3 Lebenstagen, erkennbar gewesen sind und dass zudem eine Intensivbehandlung hat begonnen werden müssen.

4.3 Die Beschwerdeführerin ist am 7. August 2007 im Universitätsspital Zürich geboren worden. Im Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 15. August 2007 haben die behandelnden Ärzte festgehalten, dass es nach der Geburt klinisch keine Anhaltspunkte für einen Infekt gegeben habe. Es seien auch keine Risikofaktoren für einen Infekt ersichtlich gewesen. Die Stuhlkultur auf *Klebsiella pneumoniae* vom 11. August 2007 sei negativ gewesen. Die etwa eine Stunde nach der Geburt beim Setzen einer Pean-Klemme entstandene Verletzung am Finger sei gut und ohne Hinweise auf einen lokalen Infekt verlaufen. Am 16. August 2007 sei die 10 Tage alte Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand und ohne Anzeichen eines Infekts entlassen worden (IV-act. 92). Die Beschwerdeführerin ist anschliessend zur weiteren Behandlung in das Kantonsspital Winterthur verlegt worden. Im Austrittsbericht der Neonatologie des Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin beim Eintritt am 16. August 2007 keine Hinweise auf einen Infekt gezeigt habe. Gleichzeitig sei jedoch ihre Zwillingschwester bereits bei der Verlegung am 10. Lebenstag bei positiven Blutkulturen (*Staph aureus*) antibiotisch behandelt worden. Am 18. August 2007, d.h. am 12. Lebenstag, sei bei der Beschwerdeführerin wegen unklarem Infektverdacht aufgrund einer klinischen Zustandsverschlechterung mit Kreislauf- und Ateminstabilität eine antibiotische Therapie begonnen worden. Die laborchemischen Abklärungen hätten am 20. August 2007, d.h. am 14. Lebenstag, auch bei der Beschwerdeführerin *Staph aureus* in den Blutkulturen gezeigt (vgl. IV-act. 95). Aus den beiden Berichten geht hervor, dass in den ersten 72 Lebensstunden der Beschwerdeführerin kein schwerer Infekt erkennbar gewesen ist. An ihrem 10. Lebenstag, am 16. August 2007, ist die Beschwerdeführerin sowohl im Universitätsspital Zürich beim Austritt als auch im Kantonsspital Winterthur beim Eintritt auf Anzeichen eines Infekts untersucht worden. Die jeweils behandelnden Ärzte sind übereinstimmend zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf einen Infekt vorgelegen hätten.

4.4 Der Rechtsvertreter macht geltend, dass gestützt auf die (von ihm angeforderte) Stellungnahme von Dr. C.____ vom 18. Juni 2014 ein neonataler Infekt in den ersten 72



Lebensstunden bejaht und das Geburtsgebrechen Ziff. 495 anerkannt werden müsse. Dr. C.____ hat festgehalten, es scheine ihr aufgrund der vorliegenden Unterlagen, dass bei der Beschwerdeführerin keine primär postpartale Infektion vorhanden gewesen sei. Es bestehe aber sehr wohl die Möglichkeit, dass die (spätere) Infektion durch die Fingerverletzung verursacht worden sei. Der klinische Befund der Beschwerdeführerin habe jedoch nicht unbedingt dafür gesprochen, da sich eine Infektion bei Neugeborenen in der Regel ausserordentlich schnell ausbreite und auch mit klinischen Zeichen wie z.B. Trinkunlust einhergehe. Aufgrund des Umstands, dass bei der Zwillingsschwester postpartal eine Staph aureus-Infektion vorgelegen habe, könnte hingegen auch bei der Beschwerdeführerin von einer postpartalen Infektion ausgegangen werden. Zusammengefasst bestehe eine ordentlich grosse Wahrscheinlichkeit bei der Beschwerdeführerin auf eine neonatale Sepsis, anfänglich schleichend, aufgrund des gleichzeitig bei der Zwillingsschwester nachgewiesenen pathologischen Erregers. Mit absoluter Sicherheit lasse sich dies jedoch nicht sagen. Ungefähr mit der gleich grossen Wahrscheinlichkeit bestehe die Möglichkeit, dass die Fingerverletzung der Beschwerdeführerin zu diesem ungünstigen infektionsbedingten Verlauf geführt habe (vgl. IV-act. 103).

4.5 Bei der von Dr. C.____ postulierten (wahrscheinlichen) Möglichkeit, dass bei der Beschwerdeführerin eine neonatale Sepsis, anfänglich schleichend, aufgrund des gleichzeitig bei der Zwillingsschwester nachgewiesenen pathologischen Erregers bestanden habe, handelt es sich lediglich um eine Vermutung. Objektive Befunde, welche diese Vermutung stützen würden, sind in den Akten nicht ersichtlich. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 15. August 2007 haben in den ersten Lebenstagen keinerlei Anzeichen für einen Infekt bei der Beschwerdeführerin festgestellt werden können. Im Austrittsbericht haben die behandelnden Ärzte auch die Diagnosen der Zwillingsschwester der Beschwerdeführerin genannt, u.a. auch den Verdacht auf einen neonatalen Infekt (vgl. IV-act. 92). Wie dem Austrittsbericht des Kantonsspitals Winterthur zu entnehmen ist, ist die Zwillingsschwester bereits bei der Verlegung am 10. Lebenstag bei positiven Blutkulturen (Staph aureus) antibiotisch behandelt worden (vgl. IV-act. 95-5). Es ist davon auszugehen, dass die behandelnden Ärzte sowohl im Universitätsspital Zürich als auch im Kantonsspital Winterthur die Beschwerdeführerin gerade wegen der vorliegenden Infektion bei der Zwillingsschwester besonders aufmerksam auf



Anzeichen eines Infekts untersucht haben. Hinweise für einen Infekt hat es bei der Beschwerdeführerin bis zum 12. Lebenstag aber nicht gegeben. Die Angabe von Dr. C.____, dass sich der neonatale Infekt bei der Beschwerdeführerin anfänglich schleichend entwickelt habe, steht auch im Widerspruch zu ihrer Aussage, dass sich Infekte bei Neugeborenen ausserordentlich schnell ausbreiteten. Selbst wenn der erst ab dem 12. Lebenstag erkennbare Infekt der Beschwerdeführerin schon im Zeitpunkt der vollendeten Geburt vorgelegen haben sollte, kann der Infekt nicht als Geburtsgebrechen Ziff. 495 anerkannt werden, denn für eine Anerkennung dieses Geburtsgebrechens kommt es – wie bereits erwähnt – darauf an, dass sich die wesentlichen Symptome in den ersten 72 Stunden manifestiert haben und eine Intensivbehandlung begonnen worden ist. Beide Voraussetzungen sind bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt gewesen. Die von Dr. C.____ erwähnte ebenso wahrscheinliche Möglichkeit, dass die Fingerverletzung der Beschwerdeführerin die Ursache des Infekts gewesen sei, würde auch kein Geburtsgebrechen begründen, denn die Infektion hätte diesfalls nicht bei der vollendeten Geburt bestanden, sondern wäre erst etwa eine Stunde nach der Geburt aufgrund der zugefügten Verletzung ausgelöst worden. Ferner kommt auch das Geburtsgebrechen Ziff. 499 (schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen) nicht Betracht, da es sich bei der Fingerverletzung eindeutig nicht um eine geburtsbedingte Verletzung gehandelt hat. Die Beschwerdegegnerin hat folglich die Anerkennung der Geburtsgebrechen Ziff. 495 und Ziff. 499 zu Recht abgelehnt.

4.6 Zusammengefasst zeigt sich, dass ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 IVG zu Recht verneint worden ist. Vor der wiedererwägungsweisen Aufhebung des das Geburtsgebrechen Ziff. 183 anerkennenden Entscheids vom 30. Januar 2008 sowie der folgenden diesbezüglich leistungszusprechenden Mitteilungen hätte die Beschwerdegegnerin jedoch rechtsprechungsgemäss prüfen müssen, ob eine Leistungszusprache – nachdem eine solche gestützt auf Art. 13 IVG abgelehnt worden ist – unter dem Titel von Art. 12 IVG in Betracht gekommen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2005, I 309/05, E. 2.3.1). Die erfolgten Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen könnten mit anderen Worten mittels einer substituierenden Begründung gestützt auf Art. 12 IVG geschützt werden.



5.1 Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 IVG hat.

5.2 Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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. Diese Bestimmung soll nach der Intention des Gesetzgebers die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits voneinander abgrenzen. Der Bundesrat ist seiner Befugnis gemäss Art. 12 Abs. 2 IVG, die Massnahmen gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen, mit der Umschreibung in Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung nachgekommen. Nach Art. 2 Abs. 1 IVV gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

5.3 Umstritten ist vorliegend, ob bezüglich der medizinischen Massnahmen für die Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose der Beschwerdeführerin eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung oder der Krankenversicherung besteht. Der Gesetzgeber ist vom Grundsatz ausgegangen, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung gehört (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 9C_452/2014, E. 2.1). Art. 12 Abs. 1 IVG umschreibt die Vorkehren medizinischer Art, welche von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmen sind, mit dem Rechtsbegriff "Behandlung des Leidens an sich". Eine solche Behandlung ist zwar



auch bei gewissen Geburtsgebrechen, welche aufgrund der diesbezüglichen gesetzlichen Regelung dennoch von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, zu bejahen; ein Geburtsgebrechen ist aber im vorliegenden Fall – wie bereits ausgeführt – nicht gegeben. Grundsätzlich hat somit die primär in Anspruch zu nehmende Krankenversicherung für die in Frage stehenden Behandlungen aufzukommen, es sei denn, das Gesetz sehe eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung vor. Eine solche kommt gestützt auf Art. 12 IVG nur dann in Frage, wenn es sich um eine auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den anerkannten Aufgabenbereich gerichtete Massnahme handelt (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Art. 12 N 5). Nach der Rechtsprechung sind von der Invalidenversicherung grundsätzlich nur solche Vorkehren zu übernehmen, die nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Während dies bei Erwachsenen ohne Weiteres gilt, sind bei Jugendlichen – ihrer körperlichen und geistigen Entwicklungsphase Rechnung tragend – medizinische Vorkehren trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn ohne diese in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2015, 9C_912/2014, E. 1.2, m.w.H.). Die Invalidenversicherung hat daher bei Kindern und Jugendlichen auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen.

5.4 Gemäss dem Austrittsbericht der Neonatologie des Kantonsspitals Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist bei der Beschwerdeführerin ab dem 18. August 2007 wegen unklarem Infektverdacht aufgrund einer klinischen Zustandsverschlechterung mit Kreislauf- und Atemstabilität eine antibiotische Therapie begonnen worden. Am 20. August 2007 hat mittels der laborchemischen Abklärungen eine Staph aureus-Infektion nachgewiesen werden können (vgl. IV-act. 95-5). Die antibiotische Behandlung ist als eine Behandlung des Leidens an sich, namentlich des Infekts, anzusehen und fällt daher nicht in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung (vgl. Art. 2 Abs. 4 IVV). Als Folge des Infekts ist eine Nekrose des Hüftkopfes und des Schenkelhalses rechts entstanden, welche auch nach Abschluss der Behandlung des Infekts bzw. nach dessen Ausheilung irreversibel bestehen geblieben ist. In Abgrenzung zum Infekt



handelt es sich bei dem zerstörten Hüftkopf und Schenkelhals rechts um einen Gesundheitsschaden, der ohne medizinische Vorkehren überwiegend wahrscheinlich eine Heilung mit Defekt oder einen sonstwie stabilisierten Zustand zur Folge gehabt hätte, wodurch die Berufsbildung und/oder die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt worden wäre (vgl. dazu das Beispiel in Rz. 48 KSME zur Abgrenzung von Leidensbehandlung und medizinischer Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG). Die durchgeführten medizinischen Behandlungen, namentlich die offene Reposition der rechten Hüfte und die Derotations-Varisations-Osteotomie im April 2008 (vgl. IV-act. 55-2), die Schenkelhalsverlängerung mit schräger Doppel-Osteotomie des proximalen Femurs und Distalisierung des Trochanter major rechts und begleitender Osteosynthese mittels winkelstabiler Platte und offener Einstellung des proximalen Femures in die Pfanne rechts im Januar 2011 (vgl. IV-act. 23-3), die Physiotherapie zur Verbesserung der Hüftgelenksbeweglichkeit und des Gangbildes (vgl. IV-act. 23-5), die Versorgung mit Hilfsmitteln und Behandlungsgeräten (Schuherhöhung, Kinderrollator, vgl. IV-act. 32-1), die operative Reposition des Hüftgelenks im Dezember 2011, die Beckenosteotomie und offene Hüfteinstellung rechts im Januar 2012, die Schraubenosteosynthese des Schenkelhalses im März 2013 (vgl. IV-act. 55) sowie die Osteotomie des distalen Femurs rechts (zwecks Beinverlängerung) im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63), haben alle dazu gedient, die Gehfähigkeit und damit primär die Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin herzustellen. Im Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 2. Dezember 2011 haben die behandelnden Ärzte ausdrücklich festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, namentlich die eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks mit Beinlängendifferenz von 4 cm zu Ungunsten rechts und der damit verbundenen deutlichen eingeschränkten Gehstrecke, auf den Schulbesuch und/oder die berufliche Ausbildung auswirken würde (34-3). Die Behandlungsmassnahmen haben daher eindeutig Eingliederungscharakter gehabt und sind als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG zu betrachten.

5.5 Aus der Bejahung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG folgt, dass die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose entstandenen Kosten zu Recht übernommen hat bzw. zur Kostenübernahme verpflichtet gewesen ist. Überdies hat die Beschwerdegegnerin allenfalls noch nicht übernommene Kosten,



welche in direktem Zusammenhang mit den oben erwähnten durchgeführten medizinischen Behandlungen stehen, ebenfalls zu übernehmen. Zu erwähnen sind insbesondere die Kosten der letzten Operation im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63) sowie die Kosten der diesbezüglich notwendigen Folgebehandlungen, wie beispielsweise die Spitexbetreuung im Anschluss an die Operation. Da die Spitexbetreuung in direktem Zusammenhang mit der eingliederungswirksamen Osteotomie des Femurs rechts im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63) gestanden hat, fällt sie wie die Operation selbst auch unter Art. 12 Abs. 1 IVG. Mit der Mitteilung vom 30. Juli 2013 hat die Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache für Physiotherapie ab dem 1. September 2013 bis 31. August 2015 erteilt (vgl. IV-act. 60). Ob die Beschwerdeführerin seit dieser Leistungszusprache tatsächlich in physiotherapeutischer Behandlung gewesen ist und wenn ja, ob bzw. in welchem Umfang die Kosten von der Beschwerdegegnerin übernommen worden sind, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da es sich bei der Physiotherapie um eine Dauerleistung handelt, hätte die Beschwerdegegnerin (bei einer länger dauernden Behandlung allenfalls auch wiederholt) abzuklären, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG gegeben sind, namentlich ob im Sinne einer günstigen Prognose die Behandlung der Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin dient und zudem notwendig, einfach und zweckmässig ist. Auch in Bezug auf allfällige weitere im Zusammenhang mit der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose stehende medizinische Behandlungen, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügungen nötig geworden sind bzw. werden, wird die Beschwerdegegnerin im Einzelfall die Voraussetzungen von Art. 12 IVG zu prüfen haben.

6.

6.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 gutzuheissen. Die Angelegenheit ist der Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinn der Erwägungen die Prüfung und die Ausrichtung der Kosten sämtlicher Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose als Folgeschaden der durchgemachten und ausgeheilten Staphaureus-Infektion vornehmen kann.



St.Galler Gerichte

6.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Unter Berücksichtigung des leicht überdurchschnittlichen Vertretungsaufwands erscheint eine praxismässig pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Entscheid

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 11. März 2014 aufgehoben. Die Angelegenheit wird der Beschwerdegegnerin im Sinn der Erwägungen zur Prüfung und Ausrichtung von Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose zurückgewiesen.

2.

Es wird festgestellt, dass die Verfügung vom 2. Oktober 2014 nichtig ist.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der



Beschwerdeführerin ist der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.