



Fall-Nr.: IV 2015/262 + IV 2016/77
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.12.2019
Entscheiddatum: 14.11.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 14.11.2016

Art. 12 und 13 IVG. Stationäre Rehabilitation nach Komplikationen bei einer operativen Behandlung eines Geburtsgebrechens. Zusammenhang zum anerkannten Geburtsgebrecchen. Eingliederungswirksamkeit der Rehabilitation (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2016, IV 2015/262 und IV 2016/77). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2016.

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2015/262, IV 2016/77

Parteien

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

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



medizinische Massnahmen (für A.____)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Dezember 2005 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1 im Dossier G 4.2 des Beschwerdeverfahrens IV 2015/262). Laut einem Bericht des Kinderarztes Dr. med. B.____ vom 20. Dezember 2005 litt der Versicherte an einer Hüftgelenkdisplasie rechts (IV-act. 7). Mit einer Verfügung vom 2. Februar 2006 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die Kosten für die Behandlung dieses Geburtsgebrechens (Ziff. 183 Anh. GgV) übernehmen werde (IV-act. 11). Im Mai 2009 ging der IV-Stelle eine zweite Anmeldung zum Leistungsbezug zu (IV-act. 12). Im Juni 2009 berichtete Dr. med. C.____ vom Ostschweizer Kinderspital, im Juni 2008 sei eine Neurofibromatose festgestellt worden (IV-act. 17). Am 21. Juli 2009 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie auch die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 481 Anh. GgV übernehmen werde (IV-act. 20). Mit einer Mitteilung vom 3. April 2013 verlängerte die IV-Stelle ihre grundsätzliche Kostengutsprache im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 183 Anh. GgV bis zum 31. Dezember 2017 (IV-act. 49).

A.b Bereits am 15. März 2013 hatte Dr. med. D.____ vom Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mitgeteilt, dass angesichts eines pathologischen Zentrum-Ecken-Winkels und der Dysplasie hinsichtlich des Acetabulumwinkels aller Wahrscheinlichkeit eine Operation durchgeführt werden müsse (IV-act. 45). Im Februar 2014 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 60), die Operation werde noch vor der Vollendung des neunten Altersjahres erfolgen müssen. Man zögere sie aber angesichts des schwächtigen Körperbaus des Versicherten noch heraus. Dieser zeige im Übrigen ein typisches pathologisches Gangbild bei einer bilateralen Cerebralparese. Das Zweibeinhüpfen sei ihm nur unkoordiniert möglich. Auf einem Bein könne er nur fünf-, sechsmal hüpfen. Am 16. Oktober 2014 führte Dr. D.____ aus (IV-act. 71), der Versicherte leide an einer Neurofibromatose, an einer bilateralen, linksbetonten Cerebralparese, an einer beidseitigen Hüftdysplasie, an einer fokalen Epilepsie, an einem Nervus opticus-Gliom



St.Galler Gerichte

und an einem Status nach einer atypischen Pneumonie. Am 13. und 27. November 2014 werde er an der Hüfte operiert (Pfannendachplastik, Beckenbeingips, ggf. Pol-le-Cœur). Der Eingriff müsse im Abstand von zwei Wochen auf beiden Seiten durchgeführt werden. Insgesamt müsse der Versicherte acht Wochen lang einen Gips tragen, mit dem er nur in Bauch- und Rückenlage liegen könne. Da der Familie die postoperative Versorgung zu Hause nicht möglich sei, sei ein sechs- bis achtwöchiger stationärer Rehabilitationsaufenthalt geplant. Sie ersuche daher um eine Kostengutsprache für eine entsprechende stationäre Behandlung in E.____. Am 24. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt vom 13. November 2014 bis zum 9. Januar 2015 übernehmen werde (IV-act. 73).

A.c Am 16. Dezember 2014 erfuhr die IV-Stelle anlässlich eines Telefonats mit der Mutter des Versicherten (IV-act. 75), dass dieser nur einmal, nämlich am 13. November 2014, operiert worden sei. Der Spitalaufenthalt habe zwei Wochen gedauert. Der geplante Rehabilitationsaufenthalt habe nicht stattgefunden. Abends werde die Mutter jeweils für rund eine Stunde von der Spitex unterstützt. Der Versicherte werde den Gips noch bis am 29. Dezember 2014 tragen müssen. Im Austrittsbericht vom 10. Dezember 2014 betreffend die stationäre Behandlung vom 12. November 2014 bis zum 27. November 2014 hatte das Ostschweizer Kinderspital festgehalten (IV-act. 86–3 f.), das Becken des Versicherten sei nach der Operation mit einem Beckenbeingips für sechs Wochen ruhiggestellt worden. Anschliessend werde der Versicherte im Rollstuhl belastungsfrei mobilisiert und aktiviert werden.

A.d Die Rehaklinik E.____ teilte der IV-Stelle am 19. Februar 2015 telefonisch mit (IV-act. 92), dass der Versicherte am 17. Februar 2015 (recte: 10. Februar 2015; vgl. IV-act. 96–1) operiert worden sei und sich vom 17. Februar 2015 bis zum 14. April 2015 in stationärer Rehabilitation befinden werde. Sie ersuche um eine entsprechende Kostengutsprache. Der Sachbearbeiter der IV-Stelle ersetzte daraufhin die Kostengutsprache vom 24. Oktober 2014 für die stationäre Behandlung durch eine identische Kostengutsprache, allerdings mit einem zeitlich verschobenen Behandlungszeitraum. Gleichentags teilte er der Mutter des Versicherten mit, dass die IV-Stelle die Kosten für die stationäre Behandlung übernehmen werde (IV-act. 93).



A.e Schon am 18. Februar 2015 waren der IV-Stelle medizinische Berichte vom Ostschweizer Kinderspital zugegangen (IV-act. 94 ff.), laut denen der Versicherte an einer postoperativen Flexionskontraktur beider Kniegelenke gelitten hatte. Die Mobilisation mittels Klettschiene war nicht möglich gewesen. Am 10. Februar 2015 waren dem Versicherten deshalb beidseits Oberschenkelgipse angelegt worden. Die behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals schlugen vor, im Rahmen der Rehabilitation ein Stehbretttraining und ein freies Stehtraining sowie anschliessend ein Steh- und Lauftraining durchzuführen. Am 12. März 2015 teilte Dr. med. F.____ vom Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit (IV-act. 100), dass der Versicherte trotz zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche nicht zum Strecken der Kniegelenke habe bewegt werden können. Die Mutter des Versicherten habe diesen nach der Gipsentfernung am 29. Dezember 2014 so gut wie nie dazu habe bewegen können, sich aus dem Rollstuhl zu mobilisieren. Durch die nicht ausreichende Nachbehandlung mit Steh- und Streckübungen sei es zu Kniebeugekontrakturen gekommen. Ursächlich seien sicher die familiären und sozialen Verhältnisse sowie die ausgeprägte Durchsetzungskraft des Versicherten gewesen, der sich geweigert habe, seine Knie zu strecken. Einem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 30. Dezember 2014 liess sich entnehmen (IV-act. 101), dass nach der Gipsentfernung vom 29. Dezember 2014 bei unauffälligen Befunden eine langsam zunehmende Belastung vorgesehen gewesen war. Für die Zeit ab dem 5. Januar 2015 war eine Physiotherapie geplant gewesen. Der Physiotherapeut war gebeten worden, sich um den Muskelaufbau, um die Gangschulung und um die Dehnung der Kniebeuger sowie der Hüftbeugeschienen zu kümmern. Gemäss einem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 3. Februar 2015 (IV-act. 102) war es im Rahmen der Physiotherapie (einmal wöchentlich in der Schule und einmal wöchentlich ausserhalb der Schule) nicht gelungen, den Versicherten wieder zum Stehen oder zum Laufen zu bringen. Deshalb hatten die Dres. D.____ und F.____ beschlossen, einen Oberschenkelgips-Tutor anzulegen, um den Versicherten möglichst rasch auf die Beine zu bringen. Die entsprechende Operation war auf den 10. Februar 2015 angesetzt worden. Am 24. März 2015 notierte Dr. med. G.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 103), die Orthopäden des Kinderspitals hätten zwar eine bilaterale Cerebralparese erwähnt, doch fehlten in den übrigen medizinischen Akten entsprechende Hinweise. Es sei auch nie eine Kostengutsprache für das entsprechende Geburtsgebrechen Ziff. 390 Anh. GgV beantragt oder verfügt worden.



Aus medizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass die ungenügende Mobilisation nach der Gipsentfernung die Ursache für die Kniekontrakturen gewesen sei, wie dies Dr. F.____ überzeugend dargelegt habe. Die Frage, ob es sich dabei noch um eine Folge des Geburtsgebrechens Ziff. 183 Anh. GgV handle, sei juristischer Natur. Mit einem Vorbescheid vom 26. März 2015 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie ihre Mitteilung vom 19. Februar 2015 widerrufen und keine Kostengutsprache für den geplanten Rehabilitationsaufenthalt erteilen werde (IV-act. 105). Sie begründete dies mit der Aufhebung des Art. 11 IVG (Haftung der Invalidenversicherung für Eingliederungsrisiken) per 31. Dezember 2011.

A.f Gegen diesen Vorbescheid wandten die Eltern des Versicherten im April 2015 ein (IV-act. 110), die Ärzte des Rehabilitationszentrums seien der Ansicht, dass die Kosten für die Behandlung von der Invalidenversicherung übernommen werden müssten. Schon am 24. März 2015 hatte das Rehabilitationszentrum um eine Verlängerung der Kostengutsprache bis zum 29. Mai 2015 ersucht (IV-act. 108). Offenbar war den Ärzten nicht bekannt gewesen, dass die IV-Stelle ihre Kostengutsprache mittlerweile bereits widerrufen hatte. Am 19. März 2015 hatte Dr. C.____ geltend gemacht (IV-act. 106), der Versicherte leide an einer Neurofibromatose mit einer psychomotorischen Entwicklungsretardierung sowie an einer rechtsbetonten Cerebralparese mit positiven Babinskizeichen und deutlichen Koordinationsstörungen. Die Beschwerden in den Knien stünden also im direkten Zusammenhang mit den anerkannten Geburtsgebrechen. Inwiefern der operative Eingriff die Situation noch verstärkt habe, lasse sich retrospektiv nicht mehr bestimmen. Die behandelnden Ärzte des Rehabilitationszentrums E.____ berichteten am 8. April 2015 (IV-act. 123), der am 10. Februar 2015 angelegte Oberschenkelgips sei am 25. Februar 2015 beim Eintritt ins Rehabilitationszentrum auf beiden Seiten entfernt worden. Danach habe der Versicherte über starke Schmerzen vor allem über dem medialen Fussrand rechts geklagt, die neuropathischer Natur seien. Zum Ausschluss von Neurofibromen, die die fehlenden Muskeleigenreflexe rechts erklären könnten, werde noch ein MRI der Wirbelsäule und des Beckens angefertigt.

A.g Am 22. April 2015 erhob auch die zuständige obligatorische Krankenpflegeversicherung Einwände gegen den Vorbescheid vom 26. März 2015 (IV-act. 127). Sie machte geltend, die Gipsbehandlung und die Rehabilitation stünden im



direkten Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 Anh. GgV. Es handle sich um eine unmittelbare Folge der Operation, weshalb die Kausalität nicht unterbrochen worden sei. Es liege kein äusseres Ereignis vor. Am 23. April 2015 ersuchten die Eltern des Versicherten erneut um eine Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation (IV-act. 131). Sie machten geltend, diese sei infolge der Operation notwendig und stelle folglich eine Massnahme zur Behandlung des anerkannten Geburtsgebrechens dar. Am 11. Mai 2015 wiesen die Ärzte des Rehabilitationszentrums E.____ darauf hin, dass das geplante MRI zur Klärung der Ursache der fehlenden Muskeleigenreflexe im rechten Bein Mitte bis Ende Mai 2015 angefertigt werden sollte (IV-act. 137). Der RAD-Arzt Dr. G.____ notierte am 13. Juli 2015 (IV-act. 147), allenfalls müssten die Kosten der stationären Rehabilitation gestützt auf den Art. 12 IVG übernommen werden. Angesichts der „inzwischen bestens dokumentierten Mehrfachbehinderung“ werde der Versicherte aber in der freien Wirtschaft wohl nie beruflich eingegliedert werden können. Ausschlaggebend dafür seien aber nicht die körperlichen Bewegungseinschränkungen, sondern die Entwicklungsretardierung. An einem adaptierten Arbeitsplatz wirkten sich die körperlichen Einschränkungen nicht aus. Die Leistungsvoraussetzungen des Art. 12 IVG seien deshalb nicht erfüllt. Mit einer Verfügung vom 14. Juli 2015 widerrief die IV-Stelle ihre Mitteilung vom 19. Februar 2015; sie wies das Gesuch um die Übernahme der Kosten der stationären Rehabilitation ab, wobei sie auch – ohne Begründung – einen Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 12 IVG verneinte (IV-act. 149).

A.h Bereits am 13. Juli 2015 hatte das Ostschweizer Kinderspital berichtet (IV-act. 162), das Streckdefizit im rechten Bein nach sechs Wochen Beckenbeingips sei nicht durch die lange Gipsrückstellung zu erklären. Es scheine sich vielmehr um ein strukturelles Problem bei vorliegender Neurofibromatose zu handeln. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen notwendig gewesen. Eine neurologische und neurosonographische Abklärung einschliesslich einer elektrophysiologischen Untersuchung habe keine konklusiv aussagekräftigen Ergebnisse geliefert, aber den Verdacht geweckt, dass eine Myosklerose respektive strukturelle Umbauvorgänge die Ursache sein könnten. Ein in der Folge angefertigtes MRI habe gezeigt, dass keine Myom-Pathologie, keine Neurofibrome in der Wirbelsäule, keine Denervierungsödeme, keine erkennbare Raumforderung und keine Schädigung des Nervus ischiadicus vorlägen. Die Komplikation sei absolut untypisch. Deshalb würden noch weitere Abklärungen



St.Galler Gerichte

durchgeführt. Am 23. Juli 2015 wies Dr. D.____ darauf hin (IV-act. 170), dass eine weitere neurophysiologische Untersuchung eine Teilläsion des sich bereits wieder in Erholung befindlichen Nervus tibialis gezeigt habe. Diese Verletzung sei am wahrscheinlichsten durch die Beckenosteotomie respektive vielleicht auch als Lagerungsschaden durch den dann angelegten Beckenbeingips verursacht worden. Am 17. August 2015 berichtete Dr. D.____ über einen nun positiven Verlauf (IV-act. 190). Der Versicherte verspüre weniger Schmerzen und belaste seinen rechten Fuss zunehmend. Anfang September 2015 werde ein Oberschenkelweisgips angelegt, mit dem das Bein nachgestreckt werden könne. Am 21. September 2015 berichtete das Ostschweizer Kinderspital, der Oberschenkelweisgips sei am 8. September 2015 angelegt und am 17. September 2015 ausgewechselt worden. Am 30. September 2015 werde der Gips ein zweites Mal ausgewechselt werden. Anschliessend werde eine Unterschenkelorthese eingesetzt werden.

B.

B.a Bereits am 1. September 2015 hatte die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Juli 2015 erhoben (act. G 1 im Beschwerdeverfahren IV 2015/262). Sie hatte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Verpflichtung der IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen der Invalidenversicherung beantragt. Zur Begründung hatte sie ausgeführt, zur Behandlung eines Geburtsgebrechens zählten alle Begleiterscheinungen, die medizinisch gesehen zum Symptomkreis des infrage stehenden Geburtsgebrechens gehörten. Rechtsprechungsgemäss treffe die Invalidenversicherung auch für sekundäre Folgen eines Geburtsgebrechens eine Leistungspflicht. Der Verlust der Gehfähigkeit des Versicherten im Zusammenhang mit der Operation vom 13. November 2014 sei gemäss Dr. D.____ ein durchaus übliches Geschehen. Ungewöhnlich sei nur der Umstand, dass der Versicherte seine Gehfähigkeit in der Folge nicht wiedererlangt habe. Mit der Operation vom 10. Februar 2015 sei gemäss den Ausführungen von Dr. D.____ also eine pathologische Auswirkung der Osteotomiebehandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 Anh. GgV angegangen worden. Zudem sei zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Kostengutsprache nur unter den Voraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG hätte widerrufen dürfen.



B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 4. November 2015 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, die Kniegelenkskontraktoren gehörten nicht zum eigentlichen Symptomenkreis des Geburtsgebrechens Ziff. 183 Anh. GgV. Beim Eingriff vom 13. November 2014 handle es sich im Übrigen um ein äusseres Ereignis. Die Mitteilung vom 19. Februar 2015 sei ohne weiteres mit dem Vorbescheid vom 26. März 2015 und der Verfügung vom 14. Juli 2015 „rechtsgültig“ widerrufen worden. Diese Mitteilung sei in Verletzung der Abklärungspflicht ergangen und daher zweifellos unrichtig gewesen, weshalb die Wiedererwägungsvoraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt gewesen seien.

B.c Am 3. Dezember 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 6). Sie machte geltend, Dr. D.____ habe Flexionskontraktoren an den Kniegelenken nach einer sechswöchigen Gipsbehandlung als eine übliche Erscheinung bezeichnet. Wenn infolge einer umfassenden medizinischen Behandlung eines anerkannten Geburtsgebrechens eine derart erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung wie vorliegend auftrete, die von den behandelnden Ärzten als eine gewöhnliche Erscheinung nach einem entsprechenden operativen Eingriff bezeichnet werde, müsse die Invalidenversicherung für die Kosten der Behandlung dieser Operationsfolgen aufkommen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 8).

B.e Die Eltern des Versicherten liessen sich nicht vernehmen (vgl. act. G 10).

C.

Am 1. Oktober 2015 hatte Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin einen Verlaufsbericht erstattet (IV-act. 198-2 f., im Dossier 3.1 des Beschwerdeverfahrens IV 2016/77). Darin hatte sie ausgeführt, nach dem Umgipsen am 17. September 2015 sei die Fussstellung zufriedenstellend gewesen. Das Kniegelenk sei gut gestreckt gewesen. Der Versicherte habe sich trotz des Oberschenkelgipses selbständig ohne Rollator fortbewegen können. Das Knie müsse nun weiterhin in einer gestreckten Haltung verharren. Am 30. September 2015 sei ein Abdruck für Unterschenkelorthesen erfolgt, um bds. den Spitzfuss postoperativ halten zu können. Die Orthesen seien zunächst für Tag und



St.Galler Gerichte

Nacht gedacht. Sie hoffe, dass der Versicherte mittels der Unterschenkelorthesen wieder frei gehfähig werde und dass allein mit der Physiotherapie ein gerades Kniegelenk erhalten bleiben könne. Die roth4foot GmbH reichte der Beschwerdegegnerin am 5. November 2015 einen Kostenvoranschlag für eine Unterschenkelorthese mit Brunnergelenk rechts ein (IV-act. 211). Dr. med. H.____ vom Ostschweizer Kinderspital hatte am 23. Oktober 2015 eine entsprechende ärztliche Verordnung ausgestellt (IV-act. 213). Dr. D.____ berichtete am 10. Dezember 2015 (IV-act. 234), die für die Versorgung mit Orthesen relevante Diagnose sei ein beginnender Spitzfuss rechts. Beim Laufen fehle der Erstkontakt der Ferse mit dem Boden. Im Stehen sei dieser Kontakt gerade noch möglich. Die Unterschenkelorthesen dienten zum plantigraden Fersen-Boden-Erstkontakt. Zudem unterstützten sie aufgrund der ventralen Anlage die Kniestreckung. Dr. med. G.____ vom RAD notierte am 29. Dezember 2015 (IV-act. 239), seines Erachtens handle es sich bei den Orthesen nicht um ein Hilfsmittel, sondern um ein Behandlungsgerät. Der Spitzfuss, der behandelt werde, sei die Folge der Komplikationen nach der Operation vom 13. November 2014 und stehe deshalb nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Geburtsgebrehen. Mit einem Vorbescheid vom 8. Januar 2016 (IV-act. 242) teilte die Beschwerdegegnerin der Mutter des Versicherten mit, dass die Kosten der Unterschenkelorthesen nicht übernommen werden könnten. Dagegen wandte die Beschwerdeführerin am 18. Januar 2016 ein (IV-act. 249), die Kosten für die beantragten Unterschenkelorthesen seien ebenso wie die Kosten der stationären Rehabilitationsbehandlung vom Frühjahr 2014 durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Angesichts des hängigen Beschwerdeverfahrens betreffend die Kosten jener Rehabilitation sei es angezeigt, das Verfahren betreffend die Unterschenkelorthesen zu sistieren. Mit einer Verfügung vom 25. Februar 2016 (IV-act. 257) wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch um die Vergütung der Kosten der Unterschenkelorthesen ab. Sie begründete diesen Entscheid damit, dass diese Kosten ebenso wie die Kosten der stationären Rehabilitation von 2014 aufgrund eines äusseren Ereignisses entstanden seien und deshalb keine direkte Behandlung des Geburtsgebrehens Nr. 183 darstellten.

D.

D.a Am 3. März 2016 erhob die Beschwerdeführerin auch gegen die Verfügung vom 25. Februar 2016 Beschwerde (act. G 1 im Beschwerdeverfahren IV 2016/77). Sie stellte



St.Galler Gerichte

den Antrag, diese Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Ausserdem beantragte sie die Vereinigung dieses Beschwerdeverfahrens mit den bereits hängigen Beschwerdeverfahren IV 2015/262 und IV 2015/419. Zur Begründung ihres materiellen Begehrens führte sie aus, die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid vom 8. Januar 2016 festgehalten, dass die Unterschenkelorthesen aufgrund der Komplikationen nach der Operation im November 2014 notwendig geworden seien. Da die Beschwerdegegnerin die Kosten jener Operation bezahlt habe, müsse sie auch für die Unterschenkelorthesen aufkommen. Da die angefochtene Verfügung dieselbe Begründung wie die bereits angefochtenen beiden früheren Verfügungen habe, könne sie im Übrigen auf die beiden vorausgegangenen Beschwerden verwiesen. Angesichts des engen sachlichen Zusammenhangs mit der hängigen Beschwerde betreffend die Kosten der stationären Rehabilitation (Verfahren IV 2015/262) sei es angezeigt, die Beschwerdeverfahren zu vereinigen.

D.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. März 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Zur Begründung führte sie aus, die beantragte Unterschenkelorthese stehe im Zusammenhang mit den Komplikationen nach der Operation vom November 2014. Sie stelle folglich kein Behandlungsgerät im Zusammenhang mit einer medizinischen Eingliederungsmassnahme dar, weshalb die Kosten nicht zulasten der Invalidenversicherung gingen. Eine Vereinigung des Beschwerdeverfahrens mit dem Verfahren IV 2015/262 wäre zu begrüssen.

D.c Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Replik (act. G 5).

D.d Die Eltern des Versicherten verzichteten auf eine Stellungnahme (vgl. act. G 7).

Erwägungen

1.

In den beiden Verfahren IV 2015/262 und IV 2016/77 ist der massgebende Sachverhalt des einen jeweils weitgehend deckungsgleich mit dem massgebenden Sachverhalt des anderen Verfahrens (medizinische Behandlung der ursprünglich durch das Geburtsgebrechen Nr. 183 ausgelösten Beeinträchtigung im Bereich der unteren



Extremitäten). Auch die sich stellende Rechtsfrage (Anspruch auf Übernahme der Kosten der Behandlung) ist in den beiden Beschwerdeverfahren IV 2015/262 und IV 2016/77 weitgehend dieselbe. Eine abweichende Beurteilung der beiden Beschwerden könnte deshalb zu einem unauflösbaren Widerspruch führen. Dies rechtfertigt eine gemeinsame Beurteilung, weshalb die beiden Verfahren IV 2015/262 und IV 2016/77 vereinigt werden. Für das Verfahren IV 2015/419 betreffend einen allfälligen Anspruch auf die Abgabe eines Rollstuhls muss etwas anderes gelten, denn hier besteht in Bezug auf den Sachverhalt nur eine beschränkte und in Bezug auf die sich stellende Rechtsfrage überhaupt keine Deckung mit den Verfahren IV 2015/262 und IV 2016/77. Die Gesundheitsbeeinträchtigung ist zwar der Grundsachverhalt, aber der relevante Sachverhalt ist die Gehunfähigkeit. Die zu beantwortende Rechtsfrage ist nicht diejenige nach einem allfälligen Anspruch auf eine medizinische Behandlung, sondern jene nach der Qualifikation des Rollstuhls als Hilfsmittel oder Behandlungsgerät. Das Verfahren IV 2015/419 ist deshalb getrennt zu beurteilen.

2.

2.1 In verwaltungsverfahrensrechtlicher Hinsicht stellt sich für das Verfahren IV 2015/262 die Frage, ob der Widerruf der Mitteilung vom 19. Februar 2015 zulässig gewesen ist. Bei einer Mitteilung im Sinne des Art. 58 IVG und der Art. 74ter f. IVV handelt es sich um eine invalidenversicherungsspezifische Möglichkeit, ein Verwaltungsverfahren ohne eine Verfügung abzuschliessen. Der Gesetzgeber hat damit eine formale Vereinfachung des Verfahrensabschlusses für jene Fälle bewirken wollen, in denen die Ergreifung eines Rechtsmittels zum Vorneherein unwahrscheinlich ist. Dabei hat er es aber versäumt, sich zur Verbindlichkeit solcher Mitteilungen zu äussern. Würden Mitteilungen genau gleich wie Verfügungen verbindlich, wäre die Möglichkeit eines Verfahrensabschlusses mit einer Mitteilung (respektive ohne eine Verfügung) sinnlos, denn dann könnte ja genauso gut in jedem Fall eine Verfügung erlassen werden. Der administrative Aufwand für eine Verfügung ist nämlich nicht höher als jener für eine Mitteilung. Soll die vom Gesetzgeber gewollte Möglichkeit eines Verfahrensabschlusses ohne eine Verfügung nicht sinnlos sein, muss es also ausgeschlossen sein, dass Mitteilungen genau gleich wie Verfügungen verbindlich werden. Ein Blick auf den Art. 74quater Abs. 1 IVV zeigt, dass es sich tatsächlich so verhält: Eine IV-Stelle hat die versicherte Person nämlich in der Mitteilung darauf



hinzuweisen, dass diese den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangen könne. Das bedeutet, dass die Mitteilung keine Verfügung „in einem anderen Gewand“ sein kann. Andernfalls wäre nicht einzusehen, weshalb die versicherte Person zusätzlich eine anfechtbare Verfügung verlangen könnte. Der Art. 74quater Abs. 1 IVV nennt keine Frist, innert welcher der Erlass der anfechtbaren Verfügung verlangt werden kann. An sich könnte die versicherte Person also sogar noch Jahre nach dem Erlass einer Mitteilung den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangen. Dies hätte aber eine unerträgliche Rechtsunsicherheit zur Folge, denn eine IV-Stelle müsste bezüglich jeder einzelnen Mitteilung auf nicht absehbare Zeit mit einem Begehren um den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (und damit auch mit einem anschliessenden Beschwerdeverfahren) rechnen. Die versicherte Person erweckt bei der IV-Stelle den Eindruck, sie akzeptiere die Mitteilung, wenn sie nicht innerhalb einer angemessenen Zeit eine anfechtbare Verfügung verlangt. Fordert sie nach dem Ablauf dieser angemessenen Zeit dann doch noch den Erlass einer anfechtbaren Verfügung, verstösst sie gegen den Grundsatz von Treu und Glauben. Die Frage, was unter einer angemessenen Zeit zu verstehen ist, lässt sich nicht einheitlich beantworten. Der ATSG-Gesetzgeber ist bei der Schaffung der Grundnorm (Art. 51 ATSG) von ungefähr einem Jahr ausgegangen (vgl. BBI 1999 4610). Rechtsprechungsgemäss ist die angemessene Zeit allerdings wesentlich kürzer, wenn eine versicherte Person anwaltlich vertreten ist; zudem kennen einzelne Zweige spezifische Praxen zur angemessenen Zeit (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 51 N 20 f., mit zahlreichen Hinweisen). Aus dem Umstand, dass die versicherte Person während eines wesentlich länger als 30 Tage (Rechtsmittelfrist zur Anfechtung einer Verfügung) dauernden Zeitraums den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangen kann, darf nicht abgeleitet werden, dass eine IV-Stelle ihre eigene Mitteilung ebenso lange voraussetzungslos widerrufen dürfe, denn es würde gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstossen, wenn eine IV-Stelle anstelle einer Verfügung eine Mitteilung erlassen würde, um sich so die Möglichkeit zu erhalten, noch während eines Jahres auf ihren Entscheid zurückzukommen. Rechtsprechungsgemäss darf die IV-Stelle deshalb nach 30 Tagen nicht mehr voraussetzungslos, sondern nur noch unter den qualifizierten Voraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG (Wiedererwägung) oder des Art. 53 Abs. 1 ATSG (sog. prozessuale Revision) auf ihre eigene Mitteilung zurückkommen (vgl. BGE 129 V 110).



2.2 Die Beschwerdegegnerin hat ihre Mitteilung vom 19. Februar 2015 mit der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2015, also erst knapp fünf Monate nach dem Erlass jener Mitteilung widerrufen. Der Widerruf der Mitteilung vom 19. Februar 2015 kann also nur zulässig gewesen sein, wenn die Voraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt gewesen sind: Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist die Mitteilung vom 19. Februar 2015 nicht in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen, denn den bis zum 19. Februar 2015 aufgelaufenen Akten hat sich schon damals zweifelsfrei entnehmen lassen, dass die Operation vom 17. Februar 2015 nicht der bereits am 13. November 2014 erfolgten Operation entsprochen hatte. Der massgebende Sachverhalt ist also mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt gewesen. Allerdings hat sich der zuständige Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin in einem Irrtum befunden, denn er hat übersehen, dass die für den 13. November 2014 geplante Operation tatsächlich durchgeführt worden war und dass es sich beim Eingriff vom 17. Februar 2015 um eine andere Operation handelte. Die vom Sachbearbeiter erstellte Aktennotiz, die den Hinweis enthält, es habe sich einfach alles zeitlich verschoben, belegt diesen Irrtum. In diesem Irrtum über den eigentlich massgebenden Sachverhalt liegt die wahre – zweifellose – Unrichtigkeit der Mitteilung vom 19. Februar 2015 begründet. Angesichts der Kosten einer stationären Rehabilitation ist die Berichtigung der zweifellos unrichtigen Mitteilung vom 19. Februar 2015 von erheblicher Bedeutung, womit die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) erfüllt sind. Die Wiedererwägung führt in einem ersten Schritt zu einer vollständigen Beseitigung der Mitteilung vom 19. Februar 2015. In einem zweiten Schritt ist das ursprünglich mit der Mitteilung vom 19. Februar 2015 abgeschlossene Verwaltungsverfahren (das mit der Beseitigung der verfahrensabschliessenden Mitteilung nun wieder auflebt und fortgeführt werden muss) mit einem neuen, nun richtigen Entscheid abzuschliessen. Die Mitteilung vom 19. Februar 2015 hat ein Verfahren zur Prüfung eines erstmaligen Leistungsbegehrens abgeschlossen, denn mit dieser Mitteilung ist über das Begehren um die Vergütung der Kosten der stationären Rehabilitation zur Beseitigung der Kniekontrakturen nach der Entfernung des Beckenbeingipses entschieden worden. Die frühere Mitteilung vom 24. Oktober 2014 hatte dagegen eine Kostengutsprache für eine (gar nicht durchgeführte) stationäre Rehabilitation unmittelbar nach dem Anlegen des Beckenbeingipses enthalten und folglich ein anderes Leistungsbegehren betroffen.



Jene Kostengutsprache war schon im November 2014 hinfällig geworden, weil der Versicherte in der Zeit, in der er den Beckenbeingips getragen hatte, zuhause betreut worden war. Die Beschwerdegegnerin hat jene Mitteilung nie explizit widerrufen, wohl weil sie davon ausgegangen ist, ein solcher Widerruf sei angesichts der Hinfälligkeit der Mitteilung überflüssig. Jedenfalls gehört dies nicht zum Gegenstand des Beschwerdeverfahrens IV 2015/262, das sich nur auf die Wiedererwägung der Mitteilung vom 19. Februar 2015 bezieht. Das bedeutet, dass nun zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die stationäre Rehabilitation im Zeitraum vom 25. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 zu übernehmen hat.

3.

3.1 Gemäss den medizinischen Berichten kommen mehrere Ursachen für die Kniekontrakturen in Betracht, die während der stationären Rehabilitation im Frühjahr 2015 behandelt worden sind: Bei der Operation vom 13. November 2014 könnte der Nervus tibialis beschädigt worden sein (vgl. IV-act. 170). Diese Nervenläsion könnte dann zu den – laut den behandelnden Fachärzten – ungewöhnlichen Kniekontrakturen geführt haben. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass der Versicherte nach der Entfernung des Beckenbeingipses am 29. Dezember 2014 ungenügend behandelt worden ist. Der ungewöhnliche Verlauf der Kniekontrakturen könnte also auch die Folge einer ungenügenden Behandlung nach dem 29. Dezember 2014 gewesen sein (vgl. IV-act. 100). Wohl nicht ganz ausgeschlossen ist ferner, dass die Kniekontrakturen im Zusammenhang mit der Neurofibromatose gestanden haben könnten (vgl. IV-act. 106 und 162). Schliesslich besteht die Möglichkeit, dass es sich bei den Kniekontrakturen um eine trotz einer lege artis durchgeführten Behandlung aufgetretene, unerwartete Komplikation gehandelt hat. Ob eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG besteht, hängt massgeblich davon ab, welche dieser möglichen Ursachen der tatsächliche Grund für die Kniekontrakturen (und damit auch für die dafür notwendige Behandlung) gewesen ist. Wären die Kniekontrakturen die Folge eines Behandlungsfehlers gewesen, träfe die Invalidenversicherung keine Leistungspflicht, denn in einem solchen Behandlungsfehler wäre ein äusseres Ereignis im Sinne der Rz. 11 KHMI zu erblicken, das als Ursache für die Behandlungsbedürftigkeit an die Stelle des Geburtsgebrechens getreten wäre. Es handelte sich also um einen typischen Anwendungsfall des am 31. Dezember 2011



ausser Kraft getretenen Art. 11 IVG. Wären die Kniekontrakturen aber eine Folge des Geburtsgebrechens Neurofibromatose, träge die Invalidenversicherung eine Leistungspflicht gestützt auf den Art. 13 IVG. Auch wenn es sich bei den Kniekontrakturen um eine unerwartete Komplikation trotz einer lege artis durchgeführten Behandlung handeln würde, wäre die Invalidenversicherung leistungspflichtig. Die dem Gericht vorgelegten Akten lassen die Beantwortung der Frage nach der tatsächlichen Ursache allerdings nicht zu. Bei keiner der möglichen Ursachen ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie die Kniekontrakturen verursacht hätte. Von weiteren Abklärungen dürfte kein wesentlicher Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Ursache der Kniekontrakturen zu erwarten sein. Allerdings kann, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ohnehin von weiteren Abklärungen abgesehen werden.

3.2 Die Invalidenversicherung trifft nicht nur eine Leistungspflicht für medizinische Massnahmen, wenn der Tatbestand des Art. 13 IVG erfüllt ist, sondern auch dann, wenn derjenige des Art. 12 IVG erfüllt ist. In der Regel wird davon ausgegangen, dass es sich beim Art. 13 IVG um eine *lex specialis* zum Art. 12 IVG handle, sodass immer zuerst zu prüfen sei, ob in einem konkreten Einzelfall der Tatbestand des Art. 13 IVG erfüllt sei, und nur dann, wenn dies nicht der Fall sei, zu prüfen sei, ob der Tatbestand des Art. 12 IVG erfüllt sei. Diese Ansicht findet aber keine ausreichende Stütze in der gesetzlichen Regelung. Der Art. 12 IVG und der Art. 13 IVG stehen je eigenständig nebeneinander. Die beiden Bestimmungen weisen zwar einen weitgehend übereinstimmenden Tatbestand und eine identische Rechtsfolge auf, aber keine der beiden Bestimmungen betrifft – im Verhältnis zur jeweils anderen Norm – nur Spezialfälle. Für ein auf medizinische Massnahmen gerichtetes Leistungsbegehren kann also die Anwendung des Art. 12 IVG oder die Anwendung des Art. 13 IVG in Betracht fallen. Sind die Voraussetzungen einer der beiden Normen erfüllt, kann dem Begehren ohne weiteres entsprochen werden. Die Prüfungsreihenfolge spielt dabei keine Rolle, weil die beiden Normen ja eigenständig nebeneinander stehen. Das bedeutet, dass vorliegend geprüft werden kann, ob die Kosten der stationären Rehabilitation in Anwendung des Art. 12 IVG der Invalidenversicherung aufzuerlegen sind, ohne dass vorher ein allfälliger Leistungsanspruch nach Art. 13 definitiv verneint werden müsste.



3.3 Laut dem Art. 12 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf jene medizinischen Massnahmen, die nicht auf die Behandlung eines Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Die für die Begründung eines solchen Anspruchs notwendige Invalidität gilt gemäss der im Art. 4 Abs. 2 IVG enthaltenen Regel als eingetreten, wenn sie die für diesen Anspruch erforderliche Art und Schwere erreicht hat. In der Rechtsprechung wird zur Umschreibung dieser Regel der Begriff der leistungsspezifischen Invalidität verwendet, der zum Ausdruck bringen soll, dass für jede einzelne Versicherungsleistung ein je eigener Invaliditätsbegriff massgebend ist (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 4 N 135 ff.). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Art. 12 IVG einen anderen versicherten Schaden als beispielsweise der Art. 28 IVG (Rente) oder der Art. 42 IVG (Hilflosenentschädigung) abdeckt. Der für die Anwendung des Art. 12 IVG leistungsspezifische Invalidität besteht nicht in einem Verlust der Erwerbsfähigkeit (vgl. Art. 28 IVG) oder in einer Unfähigkeit, selbständig zu leben (vgl. Art. 42 IVG), sondern in einer Beeinträchtigung der zukünftigen beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten. Der Art. 12 IVG bezweckt die Erhaltung der Fähigkeit, jeden gewünschten und den eigenen Fähigkeiten entsprechenden Beruf zu erlernen, ohne in der Berufswahl durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung eingeschränkt zu sein. Die leistungsspezifische Invalidität besteht in einer Gesundheitsbeeinträchtigung, die diese freie Berufswahl später wahrscheinlich einschränken würde. Zusammenfassend hat die Invalidenversicherung in Anwendung des Art. 12 IVG die Kosten jener medizinischen Massnahmen zu tragen, die auf eine Beseitigung oder wenigstens auf eine Minimierung von gebrechensbedingten Einschränkungen bei der Berufswahl oder bei der Ausbildung abzielen.

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten für die stationäre Rehabilitation im Frühjahr 2015 gestützt auf den Art. 12 IVG in der angefochtenen Verfügung ohne jede Begründung verweigert. Den Akten lässt sich allerdings entnehmen, weshalb die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen ist, gestützt auf den Art. 12 IVG bestehe kein Leistungsanspruch: Am 4. Juni 2015 hat eine „Fachmitarbeiterin Medizinische Massnahmen“ notiert (IV-act. 141), aufgrund der Mehrfachbehinderung des Versicherten sei davon auszugehen, dass dieser nicht in der



freien Wirtschaft werde eingegliedert werden können. Zudem dürften gemäss dem Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) keine schwerwiegenden Nebenbefunde vorliegen, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Mit der Mehrfachbehinderung liege ein solcher schwerwiegender Nebenbefund vor, der es trotz der Rehabilitation verhindern werde, dass die Eingliederungschancen des Versicherten wesentlich und dauerhaft verbessert werden könnten, weshalb kein Anspruch auf eine Kostenvergütung in Anwendung des Art. 12 IVG bestehe. Der RAD-Arzt Dr. G.____ hat sich dieser Ansicht am 13. Juli 2015 angeschlossen und festgehalten, dass sich die körperlichen Einschränkungen des Versicherten an einem adaptierten Arbeitsplatz nicht auswirken würden (IV-act. 147). Das vom RAD-Arzt ins Feld geführte Argument ist nicht stichhaltig, denn es trägt dem Zweck des Art. 12 IVG nicht Rechnung: Im Anwendungsbereich des Art. 12 IVG ist nicht nach der Arbeitsfähigkeit in einer zukünftigen (ideal) leidensadaptierten Tätigkeit zu fragen. Vielmehr geht es darum, der versicherten Person eine möglichst uneingeschränkte Berufswahl bzw. Berufsausbildung zu ermöglichen. Wäre die drohende Beeinträchtigung der Geh- und Stehfähigkeit des Versicherten nicht angegangen worden, hätte dieser später nur noch einen Beruf erlernen können, in dem er nur sitzend hätte arbeiten müssen. Dadurch wäre das Spektrum der als Berufsziel in Frage kommenden Erwerbstätigkeiten massiv eingeschränkt worden. Diese Einschränkung ist für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Anwendungsbereich des Art. 12 IVG ausschlaggebend, denn ansonsten würde der Art. 12 IVG weitgehend zum toten Buchstaben verkommen, da sehr vielen Gesundheitsbeeinträchtigungen durch eine ideal leidensadaptierte Berufstätigkeit Rechnung getragen werden kann. Gerade angesichts der verzögerten Entwicklung und der dadurch gefährdeten späteren Eingliederung des Versicherten in die freie Wirtschaft besteht ein sehr grosses Interesse an einer möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen Beeinträchtigungen: Falls die Folgen der verzögerten Entwicklung nicht überwunden werden können und es dem Versicherten deshalb nicht möglich sein wird, seinen Beruf frei zu wählen, darf die begrenzte Zahl der noch in Frage kommenden Berufe nicht noch zusätzlich durch körperliche Beeinträchtigungen eingeschränkt werden. Bei der Aussage der „Fachmitarbeiterin Medizinische Massnahmen“, der Versicherte werde wohl nie in die freie Wirtschaft eingegliedert werden können, handelt es sich um eine allzu pessimistische Prognose, die durch die



vorliegenden medizinischen Akten nicht belegt ist. Diese Akten lassen durchaus noch erwarten, dass der Versicherte später einen praktischen Beruf erlernen können, wobei er darauf angewiesen sein wird, selbständig stehen und gehen zu können. Jedenfalls lässt sich den Akten nicht entnehmen, dass jede Eingliederung sinnlos wäre, weil der Versicherte nie eine Erwerbstätigkeit ausüben können. Darauf laufen die Äusserungen der „Fachmitarbeiterin Medizinische Massnahmen“ und des RAD-Arztbeschlusses aber hinaus. Selbst wenn der Versicherte später nur in einem geschützten Bereich sollte beruflich eingegliedert werden können, schliesst das die Anwendbarkeit des Art. 12 IVG nicht zum Vorneherein aus. Laut dem Art. 16 Abs. 2 lit. a IVG ist die Vorbereitung auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte der erstmaligen beruflichen Ausbildung gleichgestellt, das heisst die Invalidenversicherung hat die Mehrkosten einer beruflichen Eingliederung auch dann zu übernehmen, wenn diese Eingliederung sich nur auf den geschützten Bereich bezieht. Weshalb für die medizinische Eingliederung als Vorbereitung für die spätere berufliche Eingliederung nicht dasselbe gelten sollte, ist nicht einzusehen. Zudem dürfte der Versicherte gerade in einem geschützten Bereich auf eine möglichst uneingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit angewiesen sein. Besteht grundsätzlich die Möglichkeit, den Versicherten später auf dem ersten Arbeitsmarkt oder zumindest in einem geschützten Bereich beruflich einzugliedern, so lässt sich der stationären Rehabilitation im Frühjahr 2015 die Eingliederungswirksamkeit nicht absprechen. Folglich ist diese stationäre Rehabilitation als eine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG zu qualifizieren, was bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin deren Kosten zu übernehmen hat. Die Frage, ob auch die Voraussetzungen des Art. 13 IVG erfüllt sind, kann unter diesen Umständen offen bleiben.

3.5 Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin in Gutheissung der Beschwerde zu verpflichten, die Kosten für die Operation vom 10. Februar 2015 und für die anschliessende stationäre Rehabilitation zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin wird abzuklären haben, wie hoch die entsprechenden Kosten gewesen sind; sie wird jenen Teil dieser Kosten zu bezahlen haben, für den sämtliche Leistungsvoraussetzungen (Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit etc.) erfüllt gewesen sind. Dazu ist die Sache an sie zurückzuweisen.

4.



Gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG umfassen die medizinischen Massnahmen die Behandlung durch einen Arzt oder durch medizinische Hilfspersonen (lit. a) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Medikamente (lit. b). Die Behandlungsgeräte werden in dieser Bestimmung nicht erwähnt, sind aber unter den Begriff der Behandlung zu subsumieren, wie der Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG zeigt, der die Behandlungsgeräte ausdrücklich erwähnt. Im Einzelfall kann sich die Frage stellen, ob ein bestimmter Gegenstand als Hilfsmittel (Art. 21 IVG) oder als Behandlungsgerät zu qualifizieren ist. Diese Frage ist anhand des konkreten Zwecks des betreffenden Gegenstandes zu beantworten. Wird der Gegenstand primär benötigt, um eine medizinische Behandlungsmassnahme überhaupt erst zu ermöglichen oder um eine medizinische Behandlungsmassnahme wesentlich zu begünstigen, handelt es sich um ein Behandlungsgerät. Ersetzt der fragliche Gegenstand aber primär ein Körperteil oder eine fehlende Körperfunktion, so ist er ein Hilfsmittel. Mit den Unterschenkelorthesen, die dem Versicherten verschrieben worden sind, soll eine vollständige Kniestreckung erreicht und die Entwicklung eines Spitzfusses verhindert werden. Sie dienen also der weiterführenden Behandlung nach der Entfernung des Beckengipses im Dezember 2014. Dr. D.____ hat angeordnet, dass diese Orthesen zunächst nicht nur am Tag, sondern auch nachts getragen werden müssten. Damit ist die Behandlungsfunktion offensichtlich, denn in der Nacht benötigt der Versicherte offensichtlich kein Hilfsmittel, das seine teilweise fehlende Gehfähigkeit kompensieren müsste. Ausserdem ist mit der ärztlichen Verschreibung die Prognose verbunden gewesen, dass das Tragen dieser Orthesen in absehbarer Zeit nicht mehr rund um die Uhr und später sogar überhaupt nicht mehr nötig sein werde. Nach dem oben (vgl. E. 3) Ausgeführten steht somit fest, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 12 IVG auch die Kosten der Orthesen zu übernehmen hat, falls sämtliche übrige Leistungsvoraussetzungen (Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit etc.) erfüllt sind. Die Sache ist deshalb zur Prüfung dieser Voraussetzungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

Die in beiden Beschwerdeverfahren unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten zu bezahlen. Da der Verfahrensaufwand im Verfahren IV 2019/262 als durchschnittlich zu qualifizieren ist, ist die Gerichtsgebühr für dieses Verfahren auf 600 Franken festzusetzen. Für das Verfahren IV 2016/77 ist dagegen aufgrund der



Verfahrensvereinigung nur ein unterdurchschnittlicher Aufwand angefallen, weshalb die Gebühr für dieses Verfahren auf 400 Franken festzusetzen ist. Die Beschwerdegegnerin hat folglich insgesamt 1'000 Franken zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr im Verfahren IV 2015/262 geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Als eine mit dem Vollzug gesetzlicher Aufgaben betraute Behörde und innerhalb ihres Aufgabenbereichs Beschwerde führende Partei hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die im Verfahren IV 2015/262 angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2015 wird aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die im Verfahren IV 2016/77 angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2016 wird aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die in den beiden Beschwerdeverfahren IV 2015/262 und IV 2016/77 anfallenden Gerichtskosten von Fr. 600.-- (IV 2015/262) und von Fr. 400.-- (IV 2016/77) zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr im Verfahren IV 2015/262 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.