

# **BL\_GERICHTE 720 19 294/105 vom 14. Mai 2020**

BL Gerichte, 2020-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_19\\_294\\_105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_19_294_105)

FR: BL\_GERICHTE 720 19 294/105 du 14 mai 2020

IT: BL\_GERICHTE 720 19 294/105 del 14 maggio 2020

## **Regeste**

Medizinische Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde vom 9. September 2019 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle die Kostenübernahme für die Behandlung des femoroazetabulären Impingements des Versicherten zu Recht abgelehnt hat.

#### **E. 2.1**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Nach 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.

#### **E. 2.2**

Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört. Nach der Rechtsprechung

sind nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung 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. Die Invalidenversicherung hat daher bei Jugendlichen nicht nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren zu übernehmen, sondern auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2015, 9C\_912/2014, E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Eingliederungserfolg bei jüngeren Versicherten als dauernd zu betrachten, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der konkreten Aktivitätserwartung, welche ihrerseits nicht wesentlich herabgesetzt sein darf, erhalten bleiben wird. Bestehen Nebenbefunde, welche geeignet sind, die Aktivitätserwartung trotz der medizinischen Massnahme wesentlich herabzusetzen, ist die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs zu verneinen. Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft sein wird, ist prognostisch zu beurteilen. Massgebend ist der medizinische Sachverhalt vor Durchführung der Massnahme in seiner Gesamtheit (Urteil des Bundesgerichts vom 27. April 2017, 9C\_842/2016, E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.4**

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erliess im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME; Version gültig ab 1. Juli 2019) unter anderem Ausführungen zum Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG bei Leiden an Knochen und Bewegungsorganen (Rz. 731-738/931-938.1). Danach können nur Korrekturen von stabilen Defekten des knöchernen Skeletts als Massnahme nach Art. 12 IVG anerkannt werden, nicht aber alle Massnahmen, die den pathologischen Bewegungsablauf in einem Gelenk korrigieren. Am Bewegungsapparat sind stabile Defekte nur im Bereich des knöchernen Skeletts anzunehmen, nicht aber an Sehnen, Bandscheiben, Bändern oder dem Knorpel. 3.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne

der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

#### **E. 4**

Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen diverse Berichte vor, welche durch das Gericht allesamt gewürdigt wurden. Nachfolgend sind diejenigen gelistet, welche sich für den vorliegenden Entscheid als relevant erweisen.

##### **E. 4.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendmedizin, erhob in ihrem Bericht vom 9. September 2013 (act. 39) die Diagnose Kleinwuchs knapp unter P3 bei hypothalamo-hypophysärer Insuffizienz und partiellem HGH-Defizit (Human Growth Hormon [HGH]; Wachstumshormon), eine verzögerte Knochenreifung im Handröntgenbild sowie ein sehr gutes Ansprechen auf die HGH-Substitutionstherapie mit einer Wachstumsgeschwindigkeit von nunmehr 9.6 cm pro Jahr. Die Diagnose des Geburtsgebrehen Ziffer 462 sei bereits im März 2013 erfolgt. Der Versicherte wachse

unter den elterlichen Vorgaben und der Wachstumsverlauf sei deutlich abgesunken. So liege die Knochenreifung im Bereich der Hand bei einem chronologischen Alter von 12.9 Jahren bei lediglich 10.6 Jahren. Die Abklärung habe nach Ausschluss anderer Ursachen eine tiefe Wachstumshormonaktivität und eine retardierende Knochenreifung ergeben. Im April 2013 sei deshalb mit einer HGH-Substitutionstherapie begonnen worden, auf welche der Versicherte sehr gut anspreche. Die nunmehr erreichte Wachstumsgeschwindigkeit sei als präpuberal sehr gutes Wachstum zu werten. Es sei vorgesehen diese Therapie bis längstens nach Abschluss der Wachstumsphase fortzuführen.

#### **E. 4.2**

Im Operationsbericht vom 11. Mai 2018 (act. 63) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein femoroacetabuläres Impingement rechts sowie eine unvollständige Knochenreifung mit sekundären Verknöcherungszentren am Pfannenrand. Nach Übereinstimmung der Anamnese mit dem klinischen und radiologischen Befund bei einem symptomatischen femoroacetabulären Impingement sei die Indikation zur Hüftarthroskopie erstellt. Weitere Ausführungen zum klinischen und radiologischen Befund seien dabei dem Bericht der ambulanten Sprechstunde zu entnehmen. Im Rahmen des Eingriffs seien eine Offset-Korrektur, eine partielle Synovektomie sowie eine Kapselnaht durchgeführt worden. Postoperativ sei während zwei Wochen eine Mobilisation an Stöcken unter Teilbelastung des rechten Beins notwendig. Anschliessend solle ein rascher Übergang zur stockfreien Vollbelastung erfolgen.

#### **E. 4.3**

Der Vertrauensarzt der SWICA, Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Rechtsmedizin, führte in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2019 (Beilage zur Replik) aus, dass beim Versicherten gemäss Operationsbericht vom 11. Mai 2018 ein femoroacetabuläres Impingement der rechten Hüfte und eine unvollständige Knochenreifung mit sekundären Verknöcherungszentren am Pfannenrand bestehe. Im Rahmen des operativen Eingriffs werde nahe der Gelenkklippe eine partielle Synovektomie aufgrund einer bestehenden Synovitis vorgenommen. Anschliessend werde zur Behebung des femoroacetabulären Impingements eine Offset-Korrektur mittels Burr durchgeführt. Der entstandene Knochendebris werde entfernt. Mit der Offset-Korrektur liege zweifelsfrei ein Eingriff am knöchernen Skelett vor, weswegen es sich klar um eine medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG handle. Die Synovektomie stelle lediglich einen Nebeneingriff von untergeordneter Bedeutung dar. Im Vordergrund stehe die Offset-Korrektur zur Behebung des femoroacetabulären Impingements, welches unbehandelt zur vorzeitigen Hüftarthrose geführt hätte.

#### **E. 4.4**

Nach den Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), im Bericht vom 13. Juni 2019 (act. 74) sei die Operationsindikation gleichwohl eine symptomatische und damit belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik, auch wenn im Rahmen des operativen Eingriffs knöcherne Strukturen wie etwa der Pfannenrand korrigiert worden seien. Begründet werde dieser Eingriff primär mit den aktuellen Beschwerden und nicht mit einer zentral im Fokus stehenden Verbesserung der beruflichen Möglichkeiten. Damit stehe die Behandlung des Leidens im Vordergrund. Das Behandlungsziel sei vorliegend die Korrektur des pathologischen Bewegungsablaufs im betroffenen Hüftgelenk, welcher durch

die knöchern-weichteilige, anlagebedingte Pathologie eingeschränkt gewesen sei. Darauf würden sich schliesslich auch die therapeutisch-invasiven Massnahmen konzentrieren. Massnahmen zur Behandlung von pathologischen Bewegungsabläufen seien jedoch entsprechend den Ausführungen im KSME von einer Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung ausgeschlossen. Auslöser der Symptomatik seien in diesem Fall am ehesten die leistungssportlichen Ambitionen des Versicherten, welche aber sowohl somatisch als auch aufgrund von psychischen Faktoren in Frage zu stellen seien. Ein Zusammenhang mit dem vorbekannten Geburtsgebrechen Ziffer 404 sei nicht gegeben.

#### **E. 4.5**

Dr. F. \_\_\_\_ hielt anlässlich der Aktenbeurteilung vom 14. Oktober 2019 (Beilage zur Replik) fest, dass er den Ausführungen von Dr. G. \_\_\_\_ nicht folgen könne, denn seine fachärztlichen Folgerungen seien nicht mit entsprechenden Untersuchungsbefunden aus den medizinischen Akten belegbar. So lasse die Aktenlage keinen eindeutigen Schluss auf einen pathologischen Bewegungsablauf im betroffenen Hüftgelenk zu, welcher zu Schmerzen geführt haben soll. Vielmehr könne auch ein völlig normaler Bewegungsablauf vorgelegen haben, welcher schmerzhaft gewesen sei. Damit wäre die Diagnose eines femoroacetabulären Impingements ebenfalls gegeben, auch wenn sich intraoperativ morphologische Veränderungen am knöchernen Skelett gezeigt hätten, welche die Schmerzen hinreichend erklären würden. Weiter sei den Akten nicht zu entnehmen, dass die beim Versicherten erhobenen organischen Veränderungen mit entsprechender Beschwerdesymptomatik auf sportliche Ambitionen oder psychische Faktoren zurückzuführen seien. Dr. G. \_\_\_\_ habe sich insbesondere auch nicht mit der Berufswahl des Versicherten und deren längerfristigen Kompatibilität mit einem femoroacetabulären Impingement sowie allfälligen Spätfolgen auseinandergesetzt. Ausserdem würden Angaben zu den präoperativ klinisch erhobenen Befunden und den präoperativ geklagten Beschwerden fehlen. Zusammenfassend könne über einen denkbaren pathologischen Bewegungsablauf erst dann befunden werden, wenn ein solcher mit entsprechenden Befunderhebungen belegt worden sei. 5.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2019 auf den Bericht von Dr. G. \_\_\_\_ vom 13. Juni 2019. Demzufolge vertrat sie die Auffassung, dass es sich bei der Hüftarthroskopie vom 11. Mai 2018 um eine Behandlung des Leidens handle, welche nicht als medizinische Massnahme anzuerkennen sei. Trotz Beteiligung knöcherner Strukturen verbleibe als Operationsindikation letztlich eine belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik. Ziel der Operation sei die Korrektur des pathologischen Bewegungsablaufes im betreffenden Hüftgelenk gewesen. Eine Verbesserung der beruflichen Möglichkeiten habe dabei nicht im Vordergrund gestanden. 5.2 Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Wie bereits in Erwägung 3.2 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie vorliegend ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellung, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Derartige Zweifel liegen hier vor, wie sich im Folgenden ergibt. 5.3.1 Die Invalidenversicherung hat - wie vorstehend erwähnt - nur diejenigen Kosten für medizinischen Massnahmen zu übernehmen, welche auf die Beseitigung oder Korrektur von stabilen Defektzuständen oder Funktionsausfällen gerichtet sind. Vorkehren, welche die Heilung oder Linderung eines labilen pathologischen Geschehens bezwecken, stellen dagegen keine medizinischen Massnahmen im erwähnten Sinne dar. Nach den Ausführungen im KSME (vgl. Erwägung 2.2 und 2.4 hiervor) können

bei Gelenkschäden nur Korrekturen von stabilen Defekten des knöchernen Skeletts als medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG anerkannt werden, nicht aber alle Massnahmen, die den pathologischen Bewegungsablauf in einem Gelenk korrigieren. Wie sich vorliegend aus der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2019 ergibt, vertritt die Beschwerdegegnerin den Standpunkt, dass Korrekturen eines pathologischen Bewegungsablaufes generell von der Anerkennung als medizinische Massnahme ausgeschlossen seien, was sich aus Rz. 731-738/931-938.1 des KSME ergebe. Dieser Auslegung kann jedoch nicht gefolgt werden. Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten als stabile oder mindestens relativ stabilisierte Defektzustände oder Funktionsausfälle bei Gelenksschäden nur solche im knöchernen Bereich, also Anomalien des Skelettes selbst. Nur die der Korrektur oder Beseitigung eines stabilen Skelettdefekts und dessen unmittelbaren mechanischen Folgen dienenden Eingriffe sind medizinische Massnahmen der IV. Diesen Massnahmen zugängliche Fehlstellungen im knöchernen Bereich sind nur solche der Knochen, die durch Defekte dieser selber verursacht sind, nicht auch solche, die durch Mängel der Knorpelpartien oder des Bänder- und Muskelsystems hervorgerufen werden (BGE 105 V 139 E. 3a mit Hinweisen; ZAK 1988 S. 84). Bei Mischformen ist jeweils zu prüfen, ob der Defekt vorwiegend auf die Knochenmissbildung oder auf andere Ursachen zurückgeführt werden muss (ZAK 1988 S. 84). Soweit die Beschwerdegegnerin nun Eingriffe zur Korrektur eines pathologischen Bewegungsablaufs per se von einer Anerkennung als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG ausschliesst, geht sie fehl. Schliesslich ist bei der Frage nach einer Anerkennung als medizinische Massnahme vielmehr massgebend, dass es sich um einen zu behandelnden, stabilen knöchernen Defekt oder um einen Defekt handelt, welcher überwiegend auf eine Missbildung der Knochen zurückzuführen ist. Demnach gilt es vorliegend zunächst zu prüfen, ob es sich beim operativen Eingriff vom 11. Mai 2018 um eine Massnahme zur Behebung eines knöchernen Defekts im hiervor erwähnten Sinne handelt. 5.3.2 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht der Operationsbericht von Dr. E. \_\_\_\_ vom 11. Mai 2018. Weitere medizinischen Unterlagen in Bezug auf die Impingement-Problematik sind den Akten nicht zu entnehmen. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend darlegt, gehen aus dem Operationsbericht weder ein präoperativer Befund noch Angaben zu allfälligen, präoperativ vorhandenen Beschwerden hervor. Insofern lassen sich auch die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach ein pathologischer Bewegungsablauf bestanden habe, welcher mit dem operativen Eingriff korrigiert worden sei, nicht nachvollziehen. Dasselbe gilt für die leistungssportlichen Ambitionen des Versicherten, die angeblich zur Symptomatik beigetragen hätten. Diese Ausführungen sind somit nicht mit entsprechenden medizinischen Befunden belegbar. In diesem Zusammenhang verweist Dr. E. \_\_\_\_ im erwähnten Operationsbericht ausdrücklich auf einen Bericht der ambulanten Sprechstunde, welchem weitere Ausführungen zum klinischen und radiologischen Befund zu entnehmen seien. Dieser Bericht wurde durch die Beschwerdegegnerin jedoch nicht eingeholt. 5.3.3 Betreffend die Frage, ob im vorliegenden Fall ein knöcherner Defekt am Skelett bestanden hat, sind sich die Parteien insofern einig, als dass im Rahmen des operativen Eingriffs vom 11. Mai 2019 knöcherne Strukturen beteiligt gewesen sind. Die IV-Stelle geht von einer knöchern-weichteiligen, anlagebedingten Pathologie aus, durch welche das rechte Hüftgelenk einschränkend verändert gewesen und welche operativ therapiert worden sei. Die Beschwerdeführerin vertritt - gestützt auf die Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_ vom 21. Mai 2019 - die Auffassung, dass die Offset-Korrektur als Eingriff am knöchernen Skelett zur Behandlung des femoroazetabulären Impingements im Vordergrund stehe. Bei der

Synovektomie handle es sich lediglich um einen Nebeneingriff von untergeordneter Bedeutung. Damit liege ihrer Ansicht nach eine medizinische Massnahme zur Behandlung eines knöchernen Skelettdefekts im Sinne des IVG vor. Sie verkennt dabei jedoch, dass nicht der Anteil des operativen Eingriffs am knöchernen Skelett jenen an den Weichteilen zu überwiegen hat, sondern dass der im Rahmen der Operation zu behebbende Defekt überwiegend auf eine Missbildung der Knochen zurückzuführen sein muss, damit diese als medizinische Massnahme anerkannt werden kann. Diesbezüglich werden im Operationsbericht vom 11. Mai 2018 zwar Angaben zu den Operationsmethoden und dem entsprechenden Vorgehen während des Eingriffes gemacht. Ob im Rahmen der Operation ein Defekt im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung behoben worden ist, geht aus dem Bericht nicht eindeutig hervor. Folglich sind weitere medizinische Abklärungen notwendig. In diesem Zusammenhang hat die IV-Stelle insbesondere abzuklären, ob ein Defekt am knöchernen Skelett vorgelegen hat, der anlässlich der Operation vom 11. Mai 2018 behoben worden ist, und ob dieser Defekt überwiegend auf eine Missbildung der Knochen zurückzuführen ist.

5.4 Medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG werden - wie bereits in Erwägung 2.1 hiervoor ausgeführt - nur gewährt, wenn diese 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. Bei Jugendlichen ist diese Voraussetzung bereits dann erfüllt, wenn mittels geeigneter Massnahmen ein Defektzustand verhindert wird, der die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würde (vgl. Erwägung 2.2 hiervoor). Vorliegend hielt die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung fest, dass die Massnahme zur Behandlung des femoroazetabulären Impingements nicht unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich ausgerichtet sei. Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, die Impingement-Problematik hätte ohne den operativen Eingriff vom 11. Mai 2018 eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Schädigung des rechten Hüftgelenks in Form einer Arthrose oder einer Vergrösserung des Labrumabrisses zur Folge gehabt. Im Falle einer Nichtbehandlung des Impingements in Verbindung mit der unvollständigen Knochenreifung mit sekundären Verknöcherungszentren am Pfannenrand könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Auch diese Ausführungen der Parteien stehen ohne entsprechende medizinische Befunde im Raum und sind folglich keiner Prüfung zugänglich. Ob es beim Versicherten ohne Behandlung des Impingements zu einem Defektzustand gekommen wäre und ob dieser zu einer Einschränkung der Berufsbildung bzw. der Erwerbsfähigkeit geführt hätte, kann gestützt auf die vorhandenen Unterlagen nicht abschliessend beurteilt werden. In diesem Zusammenhang fehlen namentlich Angaben zur Operationsindikation und möglichen Spätfolgen ohne entsprechende Behandlung.

5.5 Nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustands 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. Beim Versicherten wurden im vorliegenden Fall die Geburtsgebrecchen Ziffern 404 und 462 diagnostiziert. Unbestritten

ist, dass zwischen dem femoroazetabuläre Impingement und dem Geburtsgebrehen Ziffer 404 kein Zusammenhang besteht. Fraglich ist jedoch, ob es sich bei der Impingement-Problematik um einen Folgezustand des Geburtsgebrehens Ziffer 462 handelt. Schliesslich diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. September 2013 beim Versicherten Kleinwuchs bei hypothalamo-hypophysärer Insuffizienz und partiellem Wachstumshormondefizit sowie eine verzögerte Knochenreifung. Zur Behandlung sei eine Substitutionstherapie mit Wachstumshormonen begonnen worden. Im Operationsbericht vom 11. Mai 2018 erhob Dr. E.\_\_\_\_ wiederum eine unvollständige Knochenreifung mit sekundären Verknöcherungszentren am Pfannenrand. Den Ausführungen des Beigeladenen in seiner Stellungnahme vom 26. Dezember 2019 ist letztlich zu entnehmen, dass die Hüftproblematik auf die Ausübung des Kampfsportes Judo im Zusammenhang mit der Wachstumshormonbehandlung und dem daraus resultierenden schnellen Wachstum zurückzuführen sei. Die massive Veränderung im Hüftgelenk wäre ohne die Kombination der erwähnten Faktoren nicht in diesem Ausmass entstanden. Möglich sei aber auch eine familiäre Disposition. Aufgrund der vorstehende Ausführungen ist unklar, ob es sich beim femoroazetabulären Impingement um einen Folgezustand des Geburtsgebrehens Ziffer 462 handelt, oder ob allenfalls ein Zusammenhang mit dessen Behandlung durch Wachstumshormone besteht. Der Bereinigung dieser Unklarheiten dienende medizinische Ausführungen sind den Akten nicht zu entnehmen. Auch wurde diese Frage in der angefochtenen Verfügung nicht diskutiert.

## **E. 6**

Zusammenfassend ergibt sich, dass vorliegend Zweifel an den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Juni 2019 bestehen. Bei dieser Sachlage kann nicht auf diese versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden, denn die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen, um die bestehenden Unklarheiten auszuräumen. Die angefochtene Verfügung ist somit aufzuheben und es sind weitere medizinischen Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 139 V 100 E. 1.1, 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit die in den vorstehenden Erwägungen (E. 5.3.2 bis 5.5) erwähnten offenen Fragen geklärt werden können. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 7.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss 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. Bei Fällen wie dem

vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen sind. Die Beschwerdeführerin erhält ihren bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 7.2.1 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Wortlaut der genannten Bestimmung schränkt den Anspruch somit auf die Beschwerde führende Person ein. Es stellt sich deshalb die Frage, ob damit einzig die Beschwerde führende versicherte Person gemeint ist oder ob auch ein obsiegender Beschwerde führender Sozialversicherer eine Parteientschädigung zu Lasten des unterliegenden Versicherungsträgers beanspruchen kann. Nach Lehre und Rechtsprechung ist Art. 61 lit. g ATSG in Übereinstimmung mit Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 auszulegen ( Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 61 Rz. 218 f.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [SVR] 2009 IV Nr. 33). Die letztgenannte Bestimmung sieht vor, dass Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen wird, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen. Sozialversicherer gehören zu den im Sinne von Art. 68 Abs. 3 BGG mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen ( Ueli Kieser , a.a.O., Art. 61 Rz. 219). Daraus folgt, dass vorliegend die obsiegende KPT Krankenkasse AG als Beschwerde führender, in seinem amtlichen Wirkungskreis tätiger Krankenversicherer keine Parteientschädigung zu Lasten der unterliegenden Invalidenversicherung beanspruchen kann. 7.2.2 Wenn eine Beiladung erfolgt, kann der beigeladenen versicherten Person bei Obsiegen ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zustehen. Diese Kosten sind grundsätzlich vom unterliegenden Versicherungsträger zu übernehmen ( Ueli Kieser , a.a.O., Art. 61 Rz. 220 mit Hinweis). Zu den Parteikosten zählen insbesondere die Kosten, die einer versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwaltes entstanden sind. Vorliegend hat der nicht anwaltlich vertretene Beigeladene keinen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten.

## **E. 8**

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen

Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich um einen derartigen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 16. Juli 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.