

GR_GERICHTE S 2016 137 vom 11. Juli 2017

GR Gerichte, 2017-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_137

FR: GR_GERICHTE S 2016 137 du 11 juillet 2017

IT: GR_GERICHTE S 2016 137 del 11 luglio 2017

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG (Rückerstattung Behandlungskosten) |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Mit Schreiben vom 23. November 2015 ersuchte die A._____ die IV- Koordination SVK um Rückerstattung des von ihr im Rahmen ihrer Vor- leistungspflicht beglichene Betrags von Fr. 1'709.15 (recte: Fr. 1'709.10; Behandlungskosten von Fr. 1'587.15 zuzüglich Apotheken-Rechnung vom 10. März 2015 von Fr. 121.95), da diese Behandlungen in einem an-

- 3 - spruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 247 GgV-Anhang stünden.

E. 4

Mit Vorbescheid vom 25. August 2016 eröffnete die IV-Stelle des Kantons Graubünden die Abweisung des Leistungsbegehrens, da die beantragten Rechnungen gemäss medizinischer Beurteilung keinen Zusammenhang mit den Geburtsgebrehen Ziff. 247 oder 251 GgV-Anhang hätten. Daran hielt sie mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 fest.

E. 5

Gegen diese Verfügung erhob die A._____ (nachfolgend: Beschwerde- führerin) als vorleistende Versicherungsträgerin am 28. Oktober 2016 Be- schwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und bean- tragte, es sei die Verfügung vom 4. Oktober 2016 aufzuheben und es sei- en die Leistungen für die Periode zwischen dem 10. April 2014 und 12. August 2015 nach IVG zu übernehmen. Begründend führte sie an, dass die behandelten Leiden eindeutig im Zusammenhang mit den ver- fügten Geburtsgebrehen stünden.

E. 6

In ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2016 beantragte die IV- Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) mit Verweis auf ihre Verfügung vom 4. Oktober 2016 die Abweisung der Be- schwerde. Begründend führte sie an, die Kosten für die Behandlungen vom 10. April 2014, 14. und 15. Mai 2014 sowie 4. September 2014 seien nicht von der Invalidenversicherung zu übernehmen, da die Kostenüber- nahme zu spät beantragt worden sei. Zudem seien die Behandlungen vom 10. April 2014 sowie 14. und 15. Mai 2014 aufgrund eines Atem- wegsinfekts mit Wheezing und Husten notwendig gewesen. Dieser Atemwegsinfekt sei aber entgegen der Auffassung der Beschwerdeführe- rin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Geburtsgebrehen Ziff. 247 oder

251 GgV-Anhang zurückzuführen. Das diagnostizierte Geburtsgebrechen Ziff. 251 GgV-Anhang könne zwar ein leichtes Wheezing

- 4 - theoretisch erklären, könne aber keinen Atemwegsinfekt verursachen. Folglich sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der bei B. _____ seit April/Mai 2014 bestehende Atemwegsinfekt mit Wheezing und Husten auf die am 14. Mai 2014 nachgewiesenen Rhinoviren und RSV-Viren zurückzuführen sei. Damit sei ein äusseres Ereignis bestimmend zwischen die vorliegenden Geburtsgebrechen und dem sekundären Gesundheitsschaden getreten. Der qualifizierte Kausalzusammenhang zwischen dem Geburtsgebrechen Ziff. 247 oder 251 GgV-Anhang und dem Atemwegsinfekt mit Wheezing und Husten bzw. den Behandlungen vom 10. April 2014 sowie 14. und 15. Mai 2014 sei somit zu verneinen. Zudem sei B. _____ bei den entwicklungspädiatrischen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 11.5 bzw. 14.5 Kilogramm schwer gewesen. Folglich habe das Geburtsgebrechen Ziff. 494 GgV-Anhang zum Zeitpunkt dieser Untersuchungen längst nicht mehr vorgelegen, so dass die Behandlungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 nicht im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 494 GgV-Anhang (oder mit einem anderen Geburtsgebrechen) stünden. Die Kosten der entwicklungspädiatrischen Untersuchungen seien somit nicht von der Invalidenversicherung zu übernehmen.

E. 7

Die Beschwerdeführerin hielt am 5. Dezember 2016 replicando an ihren Anträgen fest. Sie habe den Rückforderungsanspruch innerhalb der Jahresfrist und somit nicht verspätet geltend gemacht. Die Behandlungskosten vom 14. und 15. Mai 2014 habe die Beschwerdegegnerin dem Kantonsspital Graubünden direkt vergütet, weshalb die Beschwerdeführerin diese Kosten nicht zurückgefordert habe. Zudem umfasse eine entwicklungspädiatrische Untersuchung nicht automatisch einen Neurostatus. Auch würden solche Kontrolluntersuchungen im Normalfall nicht so häufig erfolgen. Die entwicklungspädiatrischen Untersuchungen seien wegen des Geburtsgebrechens durchgeführt worden.

- 5 -

E. 8

Am 16. Dezember 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik und verwies auf ihre Ausführungen in der Vernehmung und der angefochtenen Verfügung. Im Übrigen wird auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften sowie auf die angefochtene Verfügung, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 43 Abs. 3 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) entscheidet das Verwaltungsgericht in einzelrichterlicher Kompetenz, wenn der Streitwert Fr. 5'000.-- nicht überschreitet und keine Fünferbesetzung vorgeschrieben ist. Der Streitwert beläuft sich im konkreten Fall auf Fr. 1'709.10. Da der Streitwert damit unter Fr. 5'000.-- liegt und die vorliegende Streitsache nicht in Fünferbesetzung zu entscheiden ist, ist die Zuständigkeit des Einzelrichters offensichtlich gegeben. 2. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VRG). Die von der Beschwerdegegnerin am 4. Oktober 2016 erlassene Verfügung berührt die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin. Diese kann die gleichen Rechtsmittel

ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Da die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2016 berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG) hat, ist zusammenfassend festzustellen, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Es ist deshalb auf die Beschwerde einzutreten.

- 6 - 3. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Oktober 2016. Strittig und zu prüfen ist die Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin für die Behandlungen vom 10. April 2014 bis 12. August 2015 und damit die Rückerstattung der erbrachten Vorleistungen an die Beschwerdeführerin. 4. a) Die Beschwerdegegnerin bringt vor, dass die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf Rückvergütung der Kosten für die Behandlungen vom

E. 10

April 2014, 14. und 15. Mai 2014 sowie 4. September 2014 erst am 23. November 2015 und somit nicht innerhalb der Jahresfrist gemäss Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) geltend gemacht habe. Die Beschwerdeführerin entgegnet, die Verwirkungsfrist gemäss Art. 48 Abs. 2 lit. b IVG beginne am Tag nach Kenntnisnahme zu laufen. Sie habe am 22. August 2014 diverse Rechnungen des Kantonsspitals Graubünden mit dem Vermerk zurückgewiesen, dass es sich dabei um die Behandlung von Geburtsgebrechen und deren Folgen handle, weshalb die Rechnungen der Beschwerdegegnerin zuzustellen seien. Am 28. April 2015 habe die Beschwerdeführerin die Mitteilung erhalten, dass das Kantonsspital Graubünden diese Leistungen nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin abrechnen könne. Damit hätten die Abklärungen durch die Beschwerdeführerin begonnen. Am 23. November 2015, innerhalb der Jahresfrist, habe die Beschwerdeführerin sodann den Rückforderungsanspruch geltend gemacht. Die Behandlungskosten vom 14. und 15. Mai 2014 habe die Beschwerdegegnerin dem Kantonsspital Graubünden direkt vergütet, weshalb die Beschwerdeführerin diese Kosten nicht zurückgefordert habe. b) Das Erlöschen der Leistungsansprüche ist in Art. 24 ATSG geregelt. Der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung, und fünf Jahre

- 7 - nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war. Eine davon abweichende Regelung ist in Art. 48 Abs. 1 IVG enthalten. Gemäss dieser wird die Leistung in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen, wenn eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilfenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend macht. Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und sie den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht (vgl. Art. 48 Abs. 2 lit. a und b IVG). Unter dem anspruchsbegründeten Sachverhalt ist der körperliche, geistige oder psychische Gesundheitsschaden zu verstehen, der einen Leistungsanspruch zur Folge hat. Mit der Kenntnis des anspruchsbegründeten Sachverhalts ist nicht das subjektive Einsichtsvermögen der versicherten Person gemeint, sondern es geht nach dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 lit. a IVG vielmehr darum, ob der anspruchsbegründende Sachverhalt objektiv feststellbar ist oder nicht (BGE 120 V 89 E.4b; Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2012 vom 6. Mai 2013 E.4.2). Dabei kommt es allein auf die Kenntnis des

anspruchsbe gründenden Sachverhalts, also auf die Kenntnis des entsprechenden Gesundheitszustandes und nicht etwa darauf an, ob sich daraus ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ableiten lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. August 2002 E.2.2). Dass ein objektiv gegebener anspruchsbegründender Sachverhalt nicht erkennbar gewesen ist oder dass die versicherte Person trotz entsprechender Kenntnis krankheitsbedingt daran gehindert wurde, sich anzumelden oder jemanden mit der Anmeldung zu betrauen, wird von der Rechtsprechung nur sehr zurückhaltend angenommen (Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2012 vom 6. Mai 2013 E.4.2).

- 8 - c) Art. 70 Abs. 1 ATSG sieht vor, dass die berechnigte Person Vorleistung verlangen kann, wenn ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründet, aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistung zu erbringen hat. Gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG ist die Krankenversicherung für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist, vorleistungspflichtig. Art. 71 ATSG hält alsdann die Rückerstattung von Vorleistungen fest. Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistung im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten (vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 71 Rz. 13 ff.). d) Vorliegend stellte das Kantonsspital Graubünden der Beschwerdeführerin die Kosten für die Behandlung vom 10. April 2014 (Fr. 541.10) im Juli 2014, die Kosten für die Behandlung vom 4. September 2014 (Fr. 436.95) im Oktober 2014 und die Kosten für die Behandlung vom 12. August 2015 (Fr. 609.10) im September 2015 in Rechnung (Bg-act. 62/2 und 4). In der Folge wurden diese Rechnungen von der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Vorleistungspflicht beglichen (Bg-act. 61/1). Die Kosten für die Behandlungen vom 14. und 15. Mai 2014 wurden der Beschwerdeführerin nicht in Rechnung gestellt, da die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 13. August 2014 die Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 251 GgV-Anhang vom 14. Mai 2014 bis 31. Mai 2019 gewährte (Bg-act. 48). Was die Behandlungen vom 10. April 2014 und 4. September 2014 betreffen, ist aufgrund der bisherigen Ausführungen anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits im Juli bzw. Oktober 2014 Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt hatte. Allerdings ersuchte die Beschwerdeführerin die IV-

- 9 - Koordination SVK erst mit Schreiben vom 23. November 2015 um Rückerstattung der von ihr erbrachten Vorleistungen (Bg-act. 61/1). Das Argument der Beschwerdeführerin, sie habe den Sachverhalt erst mit Erhalt der Mitteilung vom 28. April 2015, wonach das Kantonsspital Graubünden die Behandlungskosten nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin abrechnen könne, kennen können und den Anspruch folglich innerhalb der Jahresfrist im Sinne von Art. 48 Abs. 2 lit. b IVG geltend gemacht, ist vorliegend nicht aktenkundig, weshalb sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Folglich hat die Beschwerdeführerin das Gesuch um Übernahme der Kosten für die Behandlungen vom 10. April 2014 und 4. September 2014 nach Ablauf der Jahresfrist eingereicht. Ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rückerstattung der Kosten für die vorgenannten Behandlungen im Sinne von Art. 48 Abs. 2 IVG besteht demnach nicht.

Bezüglich der Kosten für die Behandlung vom 12. August 2015 ist schliesslich festzustellen, dass die Beschwerdeführerin die Rückerstattung der entsprechenden Vorleistung innerhalb der einjährigen Verwirklichungsfrist gemäss Art. 48 Abs. 1 IVG geltend machte. Selbst wenn man annehmen wollte, dass Art. 48 IVG im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung kommt, was die Beschwerdeführerin denn auch nicht bestreitet, wäre die Beschwerde, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, ohnehin abzuweisen. 5. a) Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen im Sinn dieser Norm gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für die diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV).

- 10 - Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 ATSG ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden muss demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrechen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 ATSG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. b) An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 ATSG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt (BGE 100 V 41 E.1a mit Hinweisen; AHI-Praxis 1/2001 S. 79 E.3a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 2. August 2005 E.3; vgl. auch BGE 129 V 209 E.3.3 mit Hinweis). Dabei bedarf es einer Abgrenzung von limitierten Geburtsgebrechen im Verhältnis zur Rechtsprechung, die sich auf nicht limitierte Geburtsgebrechen bezieht und deren Behandlung gemäss Art. 3 GgV am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 20. Altersjahr zurückgelegt hat, erlischt. Somit ist zwischen zeitlich limitierten und nicht limitierten Geburtsgebrechen zu unterscheiden, da sich bei Geburtsgebrechen, bei welchen der Verordnungsgeber die Leistung für das Geburtsgebrechen selbst beschränkt hat, die Frage der Leistungspflicht der Invalidenversicherung für sekundäre Folgen nur im Rahmen der dort festgeschriebenen zeitlichen Limitierung stellt. Dies trifft beim als Geburtsgebrechen versicherten "Unterge-

- 11 - wicht des Neugeborenen" gemäss Ziff. 494 GgV-Anhang (bis zur Erreichung eines Gewichts von 3'000 g) zu und ergibt sich aus der Verordnung selbst, im Sinne einer lex specialis zu der nach der Rechtsprechung sonst geltenden Regel, wonach die Invalidenversicherung auch für sekundäre Folgen von Geburtsgebrechen bis zum vollendeten 20. Altersjahr aufzukommen hat, wenn diese zum Geburtsgebrechen selbst in einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang stehen. Die zeitliche Limitierung der Leistungspflicht in Ziff. 494 GgV-Anhang findet ihre Begründung auch im Lichte des

Geringfügigkeitsaspekts nach Art. 13 Abs. 2 IVG, weil bei schwer ausgeprägten krankhaften Befunden anderweitige Geburtsgebrechen als das neonatale Untergewicht vorliegen können. Liegt somit "nur" ein neonatales Untergewicht vor, dann soll nach dem Willen des Verordnungsgebers die IV-Leistungspflicht nach Erreichen des Normalgewichts ihr Ende nehmen, weil nach der – der verordnungsmässigen Limitierung zugrunde liegenden – medizinischen Erfahrung die Beeinträchtigungen aus diesem Geburtsgebrechen in der Regel behoben sind. Liegt dagegen nicht nur neonatale Untergewichtigkeit vor, sondern werden weitere Geburtsgebrechen diagnostiziert, dann kann eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auch für diese Geburtsgebrechen und ihre qualifiziert adäquatkausalen Folgen gegeben sein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. April 2003 E.3.3; vgl. auch BGE 129 V 209 E.3.3 mit Hinweis). c) 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 das Gericht seinen 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. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachver-

- 12 - haltdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E.5b mit Hinweisen). d) Somit ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die Behandlung vom 10. April 2014 in der Höhe von Fr. 541.10 zu Recht abgelehnt hat. Die Beschwerdegegnerin erwog, dass die Behandlung vom 10. April 2014 aufgrund eines Atemwegsinfekts mit Wheezing und Husten notwendig gewesen sei. Dieser Atemwegsinfekt sei aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Geburtsgebrechen Ziff. 247 (Syndrom der hyalinen Membranen) oder 251 (angeborene Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre) GgV-Anhang zurückzuführen. Das am 14. Mai 2014 anlässlich der Endoskopie diagnostizierte Geburtsgebrechen Ziff. 251 GgV-Anhang könne zwar ein leichtes Wheezing theoretisch erklären, könne aber keinen Atemwegsinfekt verursachen. Folglich sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der bei B._____ seit April 2014 bestehende Atemwegsinfekt mit Wheezing und Husten auf die am 14. Mai 2014 nachgewiesenen Rhinoviren und RSV-Viren zurückzuführen sei. Damit sei ein äusseres Ereignis bestimmend zwischen die vorliegenden Geburtsgebrechen und dem sekundären Gesundheitsschaden getreten. Der qualifizierte Kausalzusammenhang zwischen dem Geburtsgebrechen Ziff. 247 oder 251 GgV-Anhang und dem Atemwegsinfekt mit Wheezing und Husten bzw. der Behandlung vom 10. April 2014 sei somit zu verneinen. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies und schloss aus dem Austrittsbericht von Dr. med. C._____, Kantonsspital Graubünden, vom 15. Mai 2014, wonach eine mittelschwere Tracheomalazie und leichte Hauptstammbronchomalazie links die vermehrte Sekretproblematik/Pneumonien und auch das leichte Wheezing erklären könne, sowie dem Bericht von Dr. med. D._____, vom 5. Dezember 2016, laut welchem die rezidivierenden pulmonalen Infekte in einem engen Zusammenhang mit dem Geburtsgebre-

- 13 - chen Ziff. 251 GgV-Anhang stünden, dass der qualifizierte Kausalzusammenhang gegeben sei. e) Vorliegend vermag sich das streitberufene Gericht der Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach zwischen dem Geburtsgebrechen Ziff. 251 GgV-Anhang und dem persistierenden Wheezing kein qualifizierter Kausalzusammenhang im Sinne der

Rechtsprechung bestehe, anzuschlies- sen. Dr. med. C._____, welcher B._____ am 10. April 2014 in seiner Lun- gensprechstunde untersuchte, stellte in seinem Arztbericht vom 14. April 2014 die Diagnose eines persistierenden Wheezing. Aufgrund der Vorge- schichte mit zweimaliger Pneumonie, der ehemaligen Frühgeburtlichkeit sowie des wiederholten bzw. wohl wahrscheinlich eher anhaltenden Wheezing wurde als weiterführende Abklärung eine Endoskopie der Atemwege empfohlen (Bg-act. 66/1-2). Vom 14. bis 15. Mai 2014 war B._____ im Kantonsspital Graubünden in Behandlung. Dabei erfolgte am

E. 14

Mai 2014 die geplante Endoskopie, welche neben der Diagnose einer angeborenen mittelschweren Tracheomalazie (Geburtsgebrehen Ziff. 251 GgV-Anhang) und leichten Hauptbronchomalazie links einen Keim- nachweis von Rhinoviren und RSV-Viren erbrachte (Bg-act. 66/3-4). Aus dem entsprechenden Austrittsbericht des Dr. med. C._____ vom 15. Mai 2014 geht zudem hervor, dass die nachgewiesenen Viren auf eine Infek- tion der Atemwege zurückzuführen seien (Bg-act. 66/4-5). Somit ist vor- liegend ein äusseres Ereignis bestimmend zwischen das Geburtsgebrehen Ziff. 251 GgV-Anhang und das persistierende Wheezing getreten. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, wäre es genauso gut möglich, dass B._____ aufgrund der nachgewiesenen Rhinoviren und RSV-Viren auch ohne Vorliegen des Geburtsgebrehens Ziff. 251 GgV- Anhang an einem Atemwegsinfekt mit Wheezing erkrankt wäre. Entspre- chend hält sodann auch Dr. med. E._____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) Ostschweiz, in ihrer Stellungnahme vom 26. September 2016 fest, dass der qualifizierte Kausalzusammenhang zwischen dem Geburtsge-

- 14 - brechen Ziff. 251 GgV-Anhang und dem persistierenden Wheezing nicht erfüllt sei, wenn im Rahmen einer Abklärung betreffend Wheezing ein Keimnachweis diagnostiziert werde, welcher auf eine gerade zurücklie- gende Infektion zurückzuführen sei (Bg-act. 77/6). Zutreffend ist allerdings der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach gemäss Austrittsbericht von Dr. med. C._____ vom 15. Mai 2014 die bei B._____ diagnostizierte mittelschwere Tracheomalazie und leichte Hauptstammbronchomalazie auch das leichte Wheezing erklären könne. Aufgrund dieser Angabe im Bericht des Dr. med. C._____ kann allerdings kein qualifizierter Kausal- zusammenhang im Sinne der Rechtsprechung zwischen dem Geburtsge- brechen Ziff. 251 GgV-Anhang und dem persistierenden Wheezing ange- nommen werden. Aus den medizinischen Akten ergibt sich nicht, dass das persistierende Wheezing ein den Grundleiden immanentes Risiko des vorgenannten Geburtsgebrehens wäre. Auch Dr. med. C._____ behaup- tet nicht, dass das Geburtsgebrehen Ziff. 251 GgV-Anhang sehr häufig oder sogar immer zu persistierendem Wheezing führe. Eine mögliche Er- klärung reicht nicht aus, um den qualifizierten engen Kausalzusammenhang herzustellen. Es leuchtet zwar ein, dass B._____ wegen seiner Leiden schneller erkrankt und eine Genesung länger dauert als üblich. Doch dies begründet den hier geforderten, engen Kausalzusammenhang noch nicht. Denn dass gerade das persistierende Wheezing eine fast unvermeidliche Folge des Geburtsgebrehens Ziff. 251 GgV-Anhang wäre, ist damit nicht gesagt. 6. a) Schliesslich gilt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die Behandlungen vom 4. September 2014 (Fr. 436.95) und 12. August 2015 (Fr. 609.10) zu Recht abgelehnt hat. Die Beschwer- degegnerin begründet die Ablehnung des Leistungsbegehrens im We- sentlichen damit, dass B._____ zum Zeitpunkt der entwicklungspädiatri- schen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 ein Körpergewicht von 11.5 bzw. 14.5 Kilogramm

gehabt habe, weshalb das

- 15 - Geburtsgebrechen Ziff. 494 GgV-Anhang nicht mehr vorgelegen habe. Folglich stünden die entwicklungspädiatrischen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 klar nicht im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 494 GgV-Anhang. Die Kosten der entsprechenden Behandlungen seien somit nicht von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Dem hält die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, dass eine entwicklungspädiatrische Untersuchung nicht automatisch einen Neurostatus umfasse. Auch würden solche Untersuchungen im Normalfall nicht so häufig erfolgen. Die entwicklungspädiatrischen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 seien gerade wegen des Geburtsgebrechens erfolgt. b) Ziff. 494 GgV-Anhang versichert als Geburtsgebrechen das "Untergewicht des Neugeborenen", wobei die obere Gewichtslimite Abgrenzungsfunktion hat, indem oberhalb dieser Limite ein Geburtsgebrechen in diesem Sinn nicht mehr vorliegt (vgl. vorstehend E.5b). Unter dem Titel eines limitierten Geburtsgebrechens als solches bestand somit kein Anspruch auf Leistungen mehr, da B._____ im Zeitpunkt der entwicklungspädiatrischen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 das Grenzgewicht von 3'000 g längst überschritten hatte (Bg-act. 66/8 und 11). Zudem findet nach diesem Zeitpunkt, wie in E.5b dargelegt, die allgemein im Geburtsgebrechensbereich geltende Rechtsprechung zu den qualifiziert adäquatkausalen Folgen eines Geburtsgebrechens keine Anwendung, da der Verordnungsgeber die Leistungen für das Geburtsgebrechen selbst limitiert hat. Die Frage, ob der qualifizierte Kausalzusammenhang für sekundäre Folgen des Geburtsgebrechens Ziff. 494 GgV-Anhang nach Lage der Akten erstellt war, stellt sich daher nicht. Aus den Akten ergibt sich allerdings, dass B._____ nicht nur am Geburtsgebrechen von Ziff. 494 GgV-Anhang leidet, sondern auch an Ziff. 247 (Syndrom der hyalinen Membranen), Ziff. 251 (angeborene Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre) und Ziff. 303 (Hernia inguinalis lateralis).

- 16 - Bei diesen in den Akten dokumentierten Geburtsgebrechen stellt sich hingegen die Frage nach dem Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 unter dem Titel qualifiziert adäquat kausaler sekundärer Folgen. c) Die Beschwerdeführerin stützt sich betreffend des Kausalzusammenhangs im Wesentlichen auf den Austrittsbericht des Dr. med. C._____ vom 15. Mai 2014 (Bg-act. 66/3-4) und auf die Ausführungen des Dr. med. D._____ in seinem Bericht vom 5. Dezember 2016 (Bf-act. 6). Demgegenüber teilte die IV-Koordination SVK der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 9. Dezember 2015 mit, dass gemäss den Abklärungen mit den behandelnden Ärzten des Kantonsspitals Graubünden unter anderem die Behandlungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 nicht im Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen Ziff. 247, 251, 303 und 494 GgV-Anhang stünden und somit nicht von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien (Bg-act. 61/2 und 62/1). Entsprechend reichte das Kantonsspital Graubünden die Rechnungen für die Behandlungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 direkt an die Beschwerdeführerin zur Bezahlung ein (Bg-act. 62/4). Sodann bestätigte auch Dr. med. E._____, dass der qualifizierte Kausalzusammenhang zwischen den Behandlungen vom 4. September 2014 sowie 12. August 2015 und den vor genannten Geburtsgebrechen nicht gegeben sei (Bg-act. 68 und 77/5-6). Schliesslich geht aus den Arztberichten von Dr. med. F._____, Kantonsspital Graubünden, vom 5. September 2014 und 13. August 2015 hervor, dass es sich bei den ambulanten Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 um

Kontrollen im Rahmen des Neo follow up kleiner Frühgeborener durchgeführt. Dabei wurden Entwicklungstests durchgeführt, bei denen die kognitive, motorische und sprachliche Entwicklung von B._____ untersucht wurde (Bg-act. 66/7-12). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erscheint es sachgerecht, dass die behandelnde Ärztin anlässlich dieser ambulanten Untersuchungen ein Neuro-

- 17 - status durchgeführt hat. Nach dem Gesagten sind die entwicklungsärztlichen Untersuchungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 aufgrund der Frühgeburt von B._____, welche für sich allein betrachtet kein Geburtsgebrechen gemäss GgV-Anhang darstellt, und nicht wegen den vorliegend diagnostizierten Geburtsgebrechen erfolgt. Unter diesen Umständen ist gestützt auf die einschlägigen fachärztlichen Beurteilungen und die Arztberichte vom 5. September 2014 sowie 13. August 2015 davon auszugehen, dass die Behandlungen vom 4. September 2014 und 12. August 2015 nicht in einem qualifizierten, adäquat ursächlichen Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen Ziff. 247, 251 und 303 GgV-Anhang stehen. Was die Beschwerdeführerin hiergegen vorbringt, ist unbegründet. Insbesondere kann aus dem Austrittsbericht von Dr. med. C._____ vom 15. Mai 2014 und dem Bericht von Dr. med. D._____ vom 5. Dezember 2016 nicht geschlossen werden, dass zwischen den Behandlungen vom 4. September 2014 sowie 12. August 2015 und den vorgenannten Geburtsgebrechen ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang besteht, zumal sich beide Berichte lediglich mit einem möglichen Zusammenhang zwischen dem persistierenden Wheezing und dem Geburtsgebrechen Ziff. 251 GgV-Anhang befassen (Bg-act. 66/4, Bf-act. 6). 7. Schliesslich ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass der Inhalt der Apotheken-Rechnung vom 10. März 2015 in der Höhe von Fr. 121.95 nicht aktenkundig ist, weshalb vorliegend nicht angenommen werden kann, dass diese Rechnung in einem anspruchsbegründenden Zusammenhang mit den diagnostizierten Geburtsgebrechen steht. 8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die Behandlungen vom 10. April 2014, 4. September 2014 und 12. August 2015 sowie die Übernahme der Rechnung vom 10. März 2015 zu Recht abgelehnt hat. Ein Anspruch der Beschwer-

- 18 - deführerin auf Rückerstattung ihrer Vorleistung besteht demnach nicht. Die Beschwerde wird abgewiesen. 9. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG - bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Diese Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Umfang von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens sind die Kosten von Fr. 500.-- der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der Vorinstanz wird keine aussergerichtliche Entschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

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