

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/161 vom 25. November 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_161

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/161 du 25 novembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/161 del 25 novembre 2009

Regeste

Art. 12 IVG; Art. 64 ATSG. Kostenübernahme für eine Operation und deren Nachbehandlung wegen Hüftkopflösung bei einer Jugendlichen. Ungeachtet dessen, dass bei der Versicherten eine Hüftseite unfall- und die andere krankheitsbedingt operiert werden musste, hat die IV aufgrund des in Art. 64 ATSG geregelten Prinzips der exklusiven Priorität die Kosten für die beidseitige Hüftoperation zu übernehmen, weil die Versicherte nicht über eine primär leistungspflichtige obligatorische Unfallversicherung verfügt. Ob der Gesundheitsschaden nun unfall- oder krankheitsbedingt ist, diene die medizinische Massnahme der beruflichen Eingliederung bzw. der Verhinderung eines die berufliche Eingliederung erschwerenden oder verhindernden Defektzustands. Folglich ist die Leistungspflicht der IV gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. November 2009, IV 2009/161).

Erwägungen

E. 1

1.1 Gemäss Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Als Spezialbestimmung regelt Art. 49 Abs. 4 ATSG, dass ein Versicherungsträger eine Verfügung, die die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, auch ihm zu eröffnen hat, woraufhin dieser dieselben Rechtsmittel ergreifen kann wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Die Beschwerdeführerin ist die Krankenversicherung der Versicherten. Verneint die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf die Hüftoperation, so wird die Beschwerdeführerin diesbezüglich allenfalls leistungspflichtig. Sie ist von der angefochtenen Verfügung also berührt und demnach zur Beschwerdeführung legitimiert.

E. 2

2.1 Die Parteien sind sich zu Recht darüber einig, dass es sich bei der beidseits diagnostizierten Epiphysiolysis capitis femoris (jugendliche Hüftkopflösung) nicht um ein Geburtsgebrechen gemäss der Liste im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) handelt. Eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 13 IVG kommt daher nicht in Frage. 2.2 Versicherte haben gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG 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. 2.3 Medizinische Massnahmen bei Epiphysenlösungen, die nach Unfällen aufgetreten sind oder zum ersten Mal Beschwerden machten, sind gemäss Rz 734/934.1 des vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME) keine IV-Leistungen. Nicht unfallbedingte Epiphysenlösungen des Oberschenkels können nach Rz 734/934.2 hingegen Anlass zu Massnahmen der IV geben. Es muss indes von einer günstigen Prognose ausgegangen werden können. Bei der Femurkopf-Epiphysenlösung, die nach dem 10. Altersjahr auftritt, wird die nicht unfallbedingte Aetiologie als gegeben betrachtet, es sei denn, die Diagnose werde unmittelbar im Anschluss an ein adäquates Trauma gestellt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann die prophylaktische Fixierung des Schenkelkopfes bei Beginn des Abgleitens durch einen operativen Eingriff als IV-Leistung im Sinne einer Defektprophylaxe anerkannt werden (Rz 736/934.3). Die letztzitierte Randziffer verweist auf Rz 54. Danach kann die IV medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG ausnahmsweise auch übernehmen, wenn noch nicht stabile oder relativ stabilisierte Zustände bestehen, nämlich dann, wenn die auszuführenden Massnahmen mit hinlänglicher Zuverlässigkeit erwarten lassen, dass damit einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorgebeugt werden kann, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung auswirken würde (Art. 8 Abs. 2 ATSG; Art. 5 Abs. 2 IVG). Ein Gesundheitsschaden muss aber vorhanden sein. Eigentliche Krankheitsprophylaxe sowie Vorkehren, die lediglich das Entstehen eines stabilisierten Zustands hinausschieben, sind indessen ausgeschlossen. 2.4 In EVGE 1969 S. 227 hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 2008: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) festgehalten, die Kriterien von Art. 12 Abs. 1 IVG in der damals gültig gewesenen Fassung könnten erst dann angewendet werden, wenn zuvor die grundsätzliche Abgrenzungsfrage beantwortet sei, ob medizinische Vorkehren ins Gebiet der sozialen Kranken- oder Unfallversicherung fielen. Nach der Abgrenzungsregel, die sich aus der Interpretation des Art. 12 IVG ergebe, gehöre die Behandlung von Unfallfolgen und von infektiösen Prozessen grundsätzlich ins Gebiet der sozialen Kranken- und Unfallversicherung. Das gelte ebenfalls für Vorkehren, die der Behandlung Minderjähriger diene (Erw. 2). Diese Rechtsprechung wurde in BGE 100 V 32 Erw. 1b bestätigt. Die Ausscheidung von unfallbedingten Epiphysenlösungen gemäss Rz 734/934 KSME beruht also herkömmlicherweise auf Überlegungen koordinationsrechtlicher Natur. In Rz 77 KSME ist festgehalten, dass keine Leistungspflicht der IV für medizinische Eingliederungsmassnahmen besteht, soweit sie von der obligatorischen Unfallversicherung zu gewähren sind. Bei nicht obligatorisch gegen Unfall Versicherten wird die IV jedoch gemäss Rz 80 KSME leistungspflichtig, sobald der enge zeitliche Zusammenhang mit der Unfallbehandlung unterbrochen ist. 2.5 Diese koordinationsrechtlichen Regelungen fanden sich bereits vor Inkrafttreten des ATSG im KSME und wurden seither unverändert fortgeschrieben. Mit Art. 64 ATSG wurde per 2003 jedoch auf Gesetzesstufe eine eingehendere Koordinationsregelung für Heilbehandlungen eingeführt, die auch für die Invalidenversicherung gilt. Gemäss dessen Abs. 1 wird die Heilbehandlung, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen (Prinzip der Priorität). Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung gemäss Abs. 2 im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten der Militärversicherung (lit. a), der Unfallversicherung (lit. b), der Invalidenversicherung (lit. c) und der Krankenversicherung (lit. d). Abs. 3 hält schliesslich fest, dass der

leistungspflichtige Sozialversicherungsträger auch dann allein und uneingeschränkt die Heilungskosten bei stationärer Behandlung übernimmt, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist. Ferner kommt er für ausserhalb seines Leistungsbereichs liegende Gesundheitsschäden auf, die während einer stationären Heilbehandlung auftreten und nicht getrennt behandelt werden können (Abs. 4). 2.6 Das Bundesamt für Sozialversicherung hat nach Einführung des ATSG keine entsprechende Anpassung von Rz 734/934 KSME vorgenommen. Dient die medizinische Massnahme bei unter 20-Jährigen der unmittelbaren Eingliederung ins Erwerbsleben bzw. dazu, einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorzubeugen, der sich wesentlich auf die berufliche Eingliederung auswirken würde, so ist nach Art. 12 IVG i.V.m. Art. 64 ATSG vom Grundsatz der Leistungspflicht der IV auszugehen, sofern keine Leistungspflicht der MV oder UV besteht. Ob die Heilbehandlung an sich unfallkausal ist oder nicht, ist nach der Konzeption des Art. 64 Abs. 2 ATSG nicht relevant. Dies ist auch aus systematischen Überlegungen folgerichtig, handelt es sich bei der IV doch um eine finale und nicht um eine kausale Versicherung.

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall kam es im Oktober 2007 zu einem Traumaereignis der Versicherten beim Geräteturnen, das die linke Hüfte betraf. Nach einem weiteren Trauma anlässlich eines Snowboard-Unfalls Anfang Januar 2008 meldete sich die Versicherte auf der Notfallstation des Kinderspitals. Am 18. Januar 2008 fand die beidseitige Hüftoperation statt. 3.2 Dr. med. C.____ vom RAD wies am 11. Juli 2008 darauf hin, dass bei Jugendlichen mit einer Epiphysenlösung in der Regel prädisponierende Faktoren bestünden, weshalb die nicht traumatische Epiphysenlösung von der IV übernommen werde. Bei der Versicherten scheine die Epiphysenlösung links traumatisch bedingt zu sein, aber auch rechts, wo die Versicherte kein Trauma und keine Schmerzen gehabt habe, seien Zeichen für eine beginnende Epiphysenlösung gefunden worden. Die IV hätte also den Eingriff bei der linken Hüfte nicht zu übernehmen, wohl aber den bei der rechten Hüfte. Die Auftrennung der Kosten sei jedoch wohl schwierig. Man könnte auch argumentieren, wenn rechts schon eine nicht traumatische Epiphysenlösung bestanden habe, dann seien wahrscheinlich auch links prädisponierende Faktoren vorhanden gewesen, die die Entstehung der Epiphysenlösung links begünstigt hätten. Gestützt auf diese Überlegungen bejahte Dr. C.____ die Übernahme der Operation beider Hüften (IV-act. 8). 3.3 Diese Lösung ist nicht nur sachgerecht, sondern entspricht auch dem in Art. 64 ATSG festgelegten Prinzip der exklusiven Priorität. Die Beigeladene verfügt nicht über eine obligatorische Unfallversicherung. Mangels Leistungspflicht von MV und UV ist folglich gestützt auf Art. 64 Abs. 2 lit. c ATSG direkt die IV leistungspflichtig, und dies ausschliesslich und uneingeschränkt. Die Frage, ob die Operation unfallkausal ist oder nicht, hat - jedenfalls unter der Geltung des ATSG - keine eigenständige Bedeutung. Eine Aufspaltung der Kosten in die rechte und die linke Hüftseite hat entsprechend zu unterbleiben. Da die Hüftoperation beidseits unmittelbar der Gewährleistung der beruflichen Eingliederung diene, sind die Voraussetzungen des Art. 12 Abs. 1 IVG erfüllt. Die Kosten sind dementsprechend gesamthaft von der IV zu übernehmen.

E. 4

Selbst wenn trotz Art. 64 ATSG für die Regelung der Rz 734/934 KSME Raum bestehen bliebe, wäre eine gänzliche Kostenverweigerung seitens der IV nicht zu rechtfertigen. Wie erläutert stellt Rz 734/934.2 KSME die Vermutung auf, dass bei Kindern ab zehn Jahren die

Femurkopf-Epiphysenlösung als nicht unfallbedingt zu gelten hat, ausser die Diagnose werde unmittelbar im Anschluss an ein adäquates Trauma gestellt. Die Versicherte war im Zeitpunkt der Operation 13 Jahre alt. Ihre rechte Hüfte wurde bei den Unfällen vom Oktober 2007 und Januar 2008 unbestrittenermassen nicht traumatisiert. Die Akten enthalten keine Hinweise auf im Anschluss an die Unfälle aufgetretene rechtsseitige Hüftschmerzen. Bildgebend wurde jedoch auch rechts eine auffällige Epiphysenfuge sichtbar, sodass die Operationsindikation gestellt wurde (IV-act. 10-3). Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, rechts liege ein normaler Befund vor, ist insofern aktenwidrig. Auch die Ärzte des RAD hatten nicht in Frage gestellt, dass die Operation rechts indiziert gewesen war. Die Vermutung des nicht unfallbedingten Auftretens der Femurkopf-Epiphysenlösung und damit der Leistungspflicht der IV gemäss Rz 734/934.2 KSME wäre mangels Traumas der rechten Hüfte nicht widerlegt. Die von den Ärzten des Kinderspitals festgestellte und jenen des RAD bestätigte Hüftkopflösung rechts ist jedenfalls als nicht unfallbedingt zu betrachten. Die Operation trug dazu bei, einem später drohenden stabilen oder nur schwer korrigierbaren Defekt, der sich auf die Erwerbstätigkeit hätte auswirken können, vorzubeugen. Im Weiteren war die Prognose günstig. Die Leistungspflicht der IV wäre daher zumindest betreffend die rechtsseitige Epiphysiolysis gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG zu bejahen (vgl. auch die entsprechende Empfehlung des RAD in IV-act. 11).

E. 5

5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die Hüftoperation beidseits zu Unrecht verneint hat. Die Beschwerde ist folglich unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen. Da das Versicherungsgericht nicht an die Anträge der Parteien gebunden ist (Art. 61 lit. d ATSG), können der Beschwerdeführerin bzw. der Beigeladenen höhere als die beantragten Leistungen (Übernahme der beidseitigen und nicht nur der rechtsseitigen Operations- und weiteren Behandlungskosten) zugesprochen werden. 5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der beschwerdeführenden Krankenversicherung ist der Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückzuerstatten. 5.3 Die beschwerdeführende Krankenversicherung beantragt Entschädigungsfolgen. Sie hat jedoch trotz Obsiegens als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 149 Erw. 4a mit Hinweisen). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2009 gutgeheissen. Die Beschwerdegegnerin hat die mit der beidseitigen Hüftoperation in Zusammenhang stehenden Kosten vollumfänglich zu übernehmen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der beschwerdeführenden Krankenversicherung wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückerstattet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.