

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/468 vom 14. Dezember 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_468

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/468 du 14 décembre 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/468 del 14 dicembre 2011

Regeste

Art. 8, 13, 21 IVG; Art. 2 Abs. 3 GgV; Art. 2 Abs. 1 HVI. Die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 GgV und die in diesem Zusammenhang verfügte Übernahme einer Ergotherapie ist nicht zweifellos unrichtig, auch wenn die Diagnose Makrocephalie bei Megalencephalie nicht ausdrücklich in der GgV aufgezählt ist. Die Sache wird zur Prüfung der Kostenübernahme einer Fussorthese als Behandlungsgerät an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Dezember 2011, IV 2009/468).

Erwägungen

E. 1

1.1. Im vorliegenden Verfahren ist vorgängig der Anfechtungsgegenstand zu definieren.

1.2. Die Beschwerdegegnerin teilte der Versicherten am 13. Mai 2009 mit, dass die Voraussetzungen für die Kostengutsprache für medizinische Massnahmen erfüllt seien. Sie übernehme die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 sowie für ärztlich verordnete Behandlungsgeräte ab dem 18. März 2008 bis zum 31. März 2013. Die Ergotherapie werde vorerst für zwei Jahre ab Therapiebeginn gewährt (IV-act. 66). In der Verfügung vom 12. November 2009 widerrief die Beschwerdegegnerin die Mitteilung vom 13. Mai 2009. Es bestehe kein Geburtsgebrecben Ziffer 381. Die beantragte Fussorthese sei ein Behandlungsgerät und könne auch nicht im Rahmen der Hilfsmittelverordnung übernommen werden. Das Leistungsbegehren werde deshalb abgewiesen (IV-act. 90). Mit dem Widerruf der Mitteilung vom 13. Mai 2009 verneinte sie die Kostenübernahme für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 und für Behandlungsgeräte sowie die Kostenübernahme für eine Ergotherapie für zwei Jahre. Folglich hat die Beschwerdegegnerin die Anerkennung der Makrocephalie bei Megalencephalie als Geburtsgebrecben Ziffer 318 widerrufen. Diesem Widerruf der Anerkennung kommt Verfügungscharakter zu (vgl. BGE 100 V 106 E. 1). Anfechtungsgegenstand ist folglich die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 beziehungsweise der Widerruf dieser Grundverfügung mit Folgen auf Kostengutsprache für Ergotherapie und für die Fussorthese als Behandlungsgerät. Als Anfechtungsgegenstand gilt zudem die Verneinung der Kostengutsprache für die Fussorthese als Hilfsmittel.

E. 2

2.1. Nach Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das

Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprache darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Oktober 2007, 9C_575/2007, E.

E. 2.2

mit Hinweisen). Die Kostengutsprache vom 13. Mai 2009 ist in Form einer Mitteilung nach Art. 51 ATSG erfolgt. Auch der im formlosen Verfahren erlassene Entscheid kann wie eine Verfügung - nach einer bestimmten Frist - in Rechtskraft erwachsen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Rz 19 zu Art. 51 ATSG) und, wie im vorliegenden Fall, in Wiedererwägung gezogen werden (Kieser, a.a.O., Rz. 28 zu Art. 53 ATSG). Für den Versicherungsträger tritt die Rechtskraft eines im formlosen Verfahren erlassenen Entscheids nach dreissig Tagen ein (vgl. Kieser a.a.O., Rz 19 zu Art. 51 ATSG).

E. 3

3.1. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Versicherte leide aufgrund der Diagnose "Makrocephalie bei Megalencephalie bei fehlender Hydrocephalus" an einem Geburtsgebrechen. Die Aufzählung der unter Ziffer 381 der Geburtsgebrechenverordnung fallenden Befunde sei nicht abschliessend. Streitig und zu prüfen ist, ob die Mitteilung vom 13. Mai 2009 betreffend die Anerkennung eines Geburtsgebrechens nach Ziffer 381 GgV im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG von der Beschwerdegegnerin als zweifellos unrichtig aufgehoben werden durfte. 3.2. Gemäss Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte bis zur Vollendung des 20. Altersjahrs Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen [GgV; SR 831.232.21]). Die Geburtsgebrechen sind im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kann weitere Geburtsgebrechen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, als Geburtsgebrechen bezeichnen (vgl. Art. 1 Abs. 2 GgV). Nach Art. 13 Abs. 2 IVG bezeichnet der Bundesrat die Gebrechen, für welche medizinische Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist. Dem Bundesrat wird somit eine umfassende Kompetenz erteilt, aus der Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne jene Leiden auszuwählen, für welche die Massnahmen nach Art. 13 IVG zu gewähren sind (BGE 105 V 21). Der Kreis der Geburtsgebrechen im Rechtssinne ist daher von Gesetzes wegen zulässigerweise enger als die Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne (Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Aufl., S. 151). Beim KSME und bei den Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik handelt es sich um

Verwaltungsweisungen. Sie stellen Vorschriften der Aufsichtsbehörde an die Durchführungsorgane auf, womit eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung gewährleistet werden soll (vgl. Thomas Gächter, Praktikabilität und Auslegung im Sozialversicherungsrecht, in: SZS 2009 S. 182, 194). Grundlage der Rechte und Pflichten bleiben jedoch die einschlägigen Gesetze und Verordnungen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Verwaltungsweisungen für das Gericht wesensgemäss nicht verbindlich und von ihm dann nicht anzuwenden, wenn sie eine gesetzeskonforme Handhabung nicht zulassen, sich mithin als rechtswidrig erweisen (BGE 119 V 255 E. 3a). Es soll sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (BGE 122 V 19 E. 5b/bb).

3.3. Dass die Versicherte seit Geburt an Makrocephalie bei Megalencephalie leidet, ist unbestritten und durch zahlreiche Arztberichte erwiesen. So stellten Prof. Z.____ und Dr. Y.____ vom Kinderspital Zürich im Bericht vom 13. Mai 2005 unter anderem die Diagnose einer seit der Geburt bestehenden Makrocephalie (IV-act. 111). Dr. H.____ diagnostizierte am 11. März 2009 ebenfalls eine Makrocephalie bei Megalencephalie und meldete die Beschwerden nachträglich bei der IV als Leiden im Sinne von Ziffer 381 GgV an (IV-act. 63). Dieselbe Diagnose stellte auch Dr. F.____ im Bericht vom 10. August 2009 (IV-act. 76). RAD-Arzt G.____ verneinte mit Stellungnahmen vom 3. September 2009 und 2. November 2009 ein Geburtsgebrechen Ziffer 381 GgV allein mit der Begründung, die Makrocephalie bei Megalencephalie sei in der Verordnung unter Ziffer 381 nicht aufgeführt. Die Diagnose an sich blieb unbestritten (IV-act. 79 und 87).

3.4. Im Anhang der GgV ist die Makrocephalie bzw. die Megalencephalie unter keinem der aufgelisteten Geburtsgebrechen explizit aufgeführt. Unter dem Titel XV. "Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem" findet sich das Geburtsgebrechen Ziffer 381 "Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute". Die darunter fallenden Diagnosen Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Diastatomyelia und Tethered Cord werden in Klammern enumerativ aufgezählt. Zwar fehlt eine Formulierung, die auf eine beispielhafte Nennung der Diagnosen hinweist. Indessen lässt sich allein daraus nicht ableiten, dass die Aufzählung nur abschliessenden Charakter haben kann. Immerhin hat das Bundesamt für Sozialversicherung bisher die Aufzählung selber nicht als abschliessend aufgefasst und deshalb im KSME noch in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung (wie bereits früher) die Diagnosen der Ziffer 381 GgV unter Ziffer 1.12 beispielhaft aufgezählt, indem den einzelnen Diagnosen ein "wie" vorangestellt ist. Neu wurde das "wie" erstmals in der ab dem 1. Januar 2010 geltenden Fassung des KSME gestrichen. Demgegenüber führen die ebenfalls vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik nach wie vor (Stand 1. Januar 2011) unter dem Titel XV. "Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem", Ziffer 381 "Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute" explizit auch die Megaloencephalie auf. Der RAD-Arzt Prof. Dr. I.____ hat denn auch darauf hingewiesen, dass nach bisheriger Praxis die im Jahr 2005 diagnostizierte Megalencephalie damals "mit Sicherheit" hätte zugesprochen werden müssen (act. G 8.2 und 8.3). Unter diesen Umständen lässt sich die Mitteilung vom 13. Mai 2009 nicht als zweifellos unrichtig bezeichnen. Dr. H.____ wies in diesem Zusammenhang zu Recht auch auf Art. 19a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) hin. Dort findet sich in Abs. 2 eine Auflistung der Geburtsgebrechen, für die die obligatorische Krankenversicherung u.a.

Leistungen nach dem 20. Lebensjahr erbringt, die Krankenversicherung also an die Stelle der bis zum vollendeten 20. Lebensjahr leistungspflichtigen Invalidenversicherung tritt. In dieser Aufzählung sind unter Ziffer 34 die Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute aufgeführt. Dort ist die Diagnose Megalencephalie ebenfalls explizit enthalten. Dies zeigt, dass die bisherige Interpretation mit der obligatorischen Krankenversicherung abgestimmt war. Auch vor diesem Hintergrund ist die Mitteilung vom 13. Mai 2009 hinsichtlich der Anerkennung der Makrocephalie bei Megalencephalie als Geburtsgebrechen Ziffer 381 GgV nicht zweifellos unrichtig. Da ein Rückkommenstitel fehlt, ist die Verfügung vom 12. November 2009 bezüglich des Widerrufs der am 13. Mai 2009 erfolgten Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 GgV aufzuheben.

3.4.1. Ist das Geburtsgebrechen Ziffer 381 GgV ausgewiesen, so ist die in der Mitteilung vom 13. Mai 2009 in Ziffer 2 zugesprochene Übernahme der Ergotherapiekosten für zwei Jahre nach Therapiebeginn nicht weiter streitig. Deren Aufhebung durch die Nichtanerkennung des Geburtsgebrechens ist damit ebenfalls rückgängig zu machen. Fraglich ist höchstens, ob zusätzlich Kostengutsprache für die beantragten Fussorthesen als Behandlungsgerät zu erteilen ist.

3.4.2. Medizinische Massnahmen auf Grund von Geburtsgebrechen schliessen auch den Anspruch auf die erforderlichen Behandlungsgeräte mit ein, wenn sie zu deren Durchführung notwendig sind, also in einem engen, unmittelbaren Zusammenhang mit der von der IV übernommenen medizinischen Vorkehr stehen. Im Anwendungsbereich des Art. 13 IVG kommt jede ärztliche oder ärztlich verantwortete medizinisch-therapeutische Vorkehr zur Besserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes in Frage (Ulrich Meyer, a.a.O., S. 153 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2005, I 373/04, E. 1).

3.4.3. In Ziffer 1 der Mitteilung vom 13. Mai 2009 werden die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 381 und die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte ab 18. März 2008 bis 31. März 2013 übernommen. Die Fussorthesen sind durch Dr. F. ___ verordnet (vgl. IV-act. 43); der RAD-Arzt G. ___ erachtet die Fussorthesen auch als sinnvolle Behandlung bzw. die Orthesen als Behandlungsgeräte (IV-act. 61). Indessen hat die Beschwerdegegnerin bislang nicht konkret geprüft, ob die Versorgung mit der "Fussorthese mit Knöchelschaft bei Fehlstellung und Deformation" gemäss Kostenvoranschlag der E. ___ AG vom 8. Juni 2009 (vgl. IV-act. 75) zur Durchführung einer medizinischen Massnahme im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 381 notwendig und zweckmässig ist. Da sie den Leistungsanspruch allein schon aufgrund des fehlenden Geburtsgebrechens verneinte, brauchte sie dies auch nicht zu tun. Sie wird nun konkret abzuklären haben, ob die beantragten Fuss-orthesen als Behandlungsgerät zu übernehmen sind. Die Sache ist deshalb unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2009 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ergänzende Abklärungen trifft und im Folgenden über die Frage der Kostenübernahme für eine Fussorthese neu verfüge.

E. 4

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf Fussorthesen auch unter dem Titel eines Hilfsmittels verneint. Die Fussorthesen würden zur Behandlung von Fussdeformitäten eingesetzt und nicht als Hilfsmittel zur Fortbewegung. Deshalb sei eine diesbezügliche Übernahme der Kosten ebenfalls nicht möglich (IV-act. 90). Bereits in der rechtskräftig gewordenen Verfügung vom 18. Februar 2009 hat die Beschwerdegegnerin den Hilfsmittelcharakter der Orthesen verneint (IV-act. 62). Zwar lag jener Verfügung ein etwas höherer Kostenvoranschlag der E. ___ AG zugrunde (IV-act. 36). Ob dennoch von einer res iudicata auszugehen oder ob die Fussorthesen, nachdem ein neuer Kostenvoranschlag eingereicht wurde (IV-act. 75), nochmals als Hilfsmittel zu prüfen wären, kann offen

gelassen werden. Wie in E. 3.4.3 ausgeführt, stellt sich in erster Linie die Frage der Kostenübernahme als Behandlungsgerät, nachdem von einem Geburtsgebrechen auszugehen ist. Damit dürfte sich die Frage des Hilfsmittels erübrigen.

E. 5

5.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der Verfügung vom 12. November 2009 teilweise gutzuheissen. Bezüglich der Kostenübernahme der Fussorthese ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ergänzende Abklärungen treffe und neu verfüge. 5.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt, zumal auch die Rückweisung zur Neuurteilung als volles Obsiegen gilt (ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Somit ist der Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der Beschwerdeführerin ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzubezahlen. Die obsiegende Krankenversicherung hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 149 E. 4a). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. November 2009 aufgehoben wird und die Sache bezüglich der Fussorthese zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückbezahlt.

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