

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/150 vom 11. August 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2013\\_150](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_150)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/150 du 11 août 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/150 del 11 agosto 2009

## **Regeste**

Art. 13 Abs. 1 IVG. Geburtsgebrechen. Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation als Vorbereitung auf eine Herztransplantation (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Februar 2016, IV 2013/150).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss dem Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung der eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auslösenden (vgl. Art. 13 Abs. 2 IVG) Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin hat bereits in ihrer Verfügung vom 11. August 2009 verbindlich festgestellt, dass die Versicherte an einem Geburtsgebrechen, nämlich an einem Herzfehler im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV, leidet. Mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2013 hat sie ein Leistungsbegehren abgewiesen, weil es sich ihrer Ansicht nach bei der beantragten Leistung nicht um eine notwendige medizinische Massnahme zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV handelt. Dadurch ist die verbindliche Feststellung der Verfügung vom 11. August 2009, dass bei der Beschwerdeführerin ein Geburtsgebrechen Ziff. 313 Anh. GgV vorliege, offensichtlich nicht tangiert worden. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren kann deshalb nur die Frage beantwortet werden, ob die beantragte stationäre Rehabilitation als eine notwendige medizinische Massnahme zur Behandlung des bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV zu qualifizieren sei.

### **E. 2**

2.1 Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin und der behandelnde Facharzt haben die beantragte stationäre Behandlung als medizinisch notwendig qualifiziert. Der Vertrauensarzt Dr. F.\_\_\_\_ und der Facharzt Dr. C.\_\_\_\_ haben plausibel dargelegt, weshalb die für die Dauer der stationären Behandlung vorgesehenen Massnahmen mit Blick auf die anstehende Herztransplantation notwendig seien. Aus der Sicht eines medizinischen Laien ist nachvollziehbar, dass die Versicherte über ausreichende körperliche Reserven für den schwerwiegenden Eingriff verfügen und dass eine optimale körperliche Verfassung sichergestellt sein muss. In seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 hat Dr. C.\_\_\_\_ zwar auch eine Intensivierung der fein- und grobmotorischen Entwicklungsförderung, eine Verbesserung des Spielverhaltens, eine Verbesserung der psychomotorischen Entwicklung und eine Verbesserung der Partizipationsfähigkeiten der Versicherten als (weitere) Ziele der stationären Behandlung angeführt. Dabei hat es sich aber augenscheinlich nur um (erwünschte) Nebeneffekte der geplanten stationären Behandlung zur Vorbereitung auf die

Herztransplantation gehandelt. Der Umstand, dass die stationäre Behandlung auch den erwähnten Sekundärzielen dient, spricht nicht gegen die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung zur Vorbereitung auf die Herztransplantation. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung hängt somit massgeblich davon ab, ob die intensivere, aber auch wesentlich teurere stationäre Behandlung verhältnismässig respektive notwendig ist oder ob die laufenden ambulanten Massnahmen auch hinsichtlich der Vorbereitung auf die Herztransplantation als ausreichend zu qualifizieren sind. Dabei kann es keine entscheidende Rolle spielen, wie viel Zeit zwischen der stationären Rehabilitation und der Operation vergehen wird, denn die Dres. C. \_\_\_ und F. \_\_\_ haben überzeugend dargelegt, dass der Gesundheitszustand der Versicherten durch die stationäre Behandlung wesentlich verbessert und dass dieses höhere Niveau anschliessend mittels der ambulanten Behandlung gehalten werden könne. Dies scheint der RAD-Arzt übersehen zu haben, denn er ist implizit davon ausgegangen, dass der Zustand der Versicherten nach der stationären Behandlung wieder auf das Niveau vor der stationären Behandlung abfallen werde. Irrelevant ist auch, dass die Operation auch ohne eine stationäre Behandlung durchgeführt würde, wenn überraschend ein Spenderherz zur Verfügung stünde. In dieser Situation müsste infolge der zeitlichen Dringlichkeit ein suboptimales Vorgehen in Kauf genommen werden, weil das damit verbundene Zusatzrisiko weniger schwer als das Verpassen der Gelegenheit zur Transplantation und die daraus resultierende Notwendigkeit, mit der Operation auf unbestimmte Zeit zu warten zu müssen, wiegen würde. Aus dieser Risikoabwägung können keine Schlüsse für das Vorgehen im Idealfall gezogen werden. Der Umstand, dass bei einer zeitlichen Dringlichkeit auf eine medizinisch indizierte Vorbereitung verzichtet würde, bedeutet mit anderen Worten nicht, dass in jedem Fall auf diese Vorbereitung verzichtet werden könnte. Massgebend ist also nur, ob die Mehrkosten der stationären Behandlung im Vergleich zur (laufenden) ambulanten Behandlung medizinisch gerechtfertigt sind.

2.2 Der behandelnde Facharzt Dr. C. \_\_\_ hat geltend gemacht, dass der Gesundheitszustand der Versicherten mittels der laufenden ambulanten Behandlung nicht mehr weiter habe verbessert werden können und dass dieser (stabile) Zustand nicht dem Idealzustand für die anstehende Herztransplantation entspreche. Die Annäherung an diesen Idealzustand bedinge eine Intensivierung der Therapien, die nur in einem stationären Rahmen möglich sei. Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin haben sich dieser Auffassung angeschlossen. Die begründete Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ und auch die unbegründete Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_ können nur so verstanden werden, dass diese beiden Vertrauensärzte eine entsprechende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bejaht hätten, wenn keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Diskussion stünde. Die beiden Vertrauensärzte haben die beantragte stationäre Behandlung mit anderen Worten als eine Pflichtleistung im Sinne des KVG qualifiziert, für die die Beschwerdeführerin entsprechend grundsätzlich hätte aufkommen müssen. Tatsächlich sieht der Art. 25 KVG eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für stationäre Behandlungen (Abs. 2 lit. a) respektive für eine medizinische Rehabilitation (Abs. 2 lit. d) vor, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Unter der Ziff. 11 im Anh. 1 zur KLV werden spezifische Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen angeführt, die im vorliegenden Fall erfüllt sein dürften. Die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin hätten also eine entsprechende Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bejaht, wenn die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht getroffen hätte.

2.3 Der Art. 25 Abs. 1 KVG bezweckt, den obligatorisch

Krankenpflegeversicherten die Leistungen zukommen zu lassen, die diese für die Diagnose oder für die Behandlung einer Krankheit und deren Folgen benötigen. Der Art. 13 Abs. 1 IVG verfolgt denselben Zweck. Die teleologische Interpretation des Art. 13 Abs. 1 IVG ergibt also, dass dessen Sinn und Zweck jenem des Art. 25 Abs. 1 KVG entspricht. Da der Art. 25 Abs. 1 KVG wesentlich häufiger als der Art. 13 Abs. 1 IVG angewendet wird, ist die Praxis zum Art. 25 Abs. 1 KVG erheblich umfangreicher als jene zum Art. 13 Abs. 1 IVG. Folglich liegt es nahe, für die Interpretation des Art. 13 Abs. 1 IVG auf den reichhaltigeren „Erfahrungsschatz“ zum Art. 25 Abs. 1 KVG zurückzugreifen. Das bedeutet, dass unter dem unbestimmten Rechtsbegriff des für die Behandlung einer Krankheit und deren Folgen benötigten Leistungen im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG dasselbe wie unter dem ebenfalls unbestimmten Rechtsbegriff der notwendigen medizinischen Massnahmen im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG zu verstehen ist. Handelt es sich bei einer bestimmten Massnahme also um eine benötigte Leistung im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG, muss es sich dabei auch um eine medizinisch notwendige Massnahme im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG handeln. 2.4 Da die Vertrauensärzte der Beschwerdeführerin die beantragte stationäre Behandlung sinngemäss als eine KVG-Pflichtleistung respektive als eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auslösende Leistung im Sinne des Art. 25 Abs. 1 KVG qualifiziert haben, muss es sich dabei auch um eine medizinisch notwendige Massnahme im Sinne des Art. 13 IVG handeln. Folglich hat die Beschwerdegegnerin für die Kosten der beantragten stationären Behandlung aufzukommen. Weil aber die Behandlung im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung noch nicht durchgeführt worden ist und weil deshalb noch nicht festgestanden hat, wie teuer die Behandlung sein würde, kann nur dem Grundsatz nach festgestellt werden, dass die Versicherte einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten der Behandlung durch die Beschwerdegegnerin hat. Diese wird nach der Durchführung der Behandlung den Betrag der Kostengutsprache definitiv festzusetzen und entsprechend zu verfügen haben. Folglich ist die Sache zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 3**

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin die gemäss dem Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die Beschwerdeführerin hat als Bundesrecht vollziehendes Organ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Es wird festgestellt, dass es sich bei der am 31. Oktober 2012 beantragten stationären Behandlung im Rehabilitationszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich um eine notwendige medizinische Massnahme im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV handelt; die Sache wird für den Erlass des rechtsgestaltenden Entscheides nach der Behandlung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.