

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/436 vom 11. November 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_436

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/436 du 11 novembre 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/436 del 11 novembre 2014

Regeste

Art. 13 Abs. 1 IVG; Ziff. 178 GgV Anhang. Operationsbedürftigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2014, IV 2013/436).

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2013 hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Versicherten um Kostenübernahme für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 178 GgV Anhang (nämlich die Derotations-Osteotomie Tibia beidseits vom 23. Oktober 2012, act. 17-5, distal, vgl. act. 17-1) abgewiesen. Die Beschwerdeführerin beantragt im Hauptstandpunkt die Übernahme der Behandlungskosten. 1.2 Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. - Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Die Beschwerdeführerin ist (als Adressatin der Verfügung) zur Beschwerdeerhebung legitimiert (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Oktober 2008, 8C_236/2008). Auf die Streitsache ist einzutreten.

E. 2

2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrecen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über Geburtsgebrecen (GgV) gilt die blossе Veranlagung zu einem Leiden nicht als Geburtsgebrecen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrecen als solches erkannt wird, ist unerheblich. Die Geburtsgebrecen sind nach Art. 1 Abs. 2 GgV in der Liste im Anhang aufgeführt. Ziff. 178 GgV Anhang nennt als Geburtsgebrecen eine angeborene Tibia-Innen- und Aussentorsion, ab vollendetem vierten Lebensjahr, sofern eine Operation notwendig ist. 2.2 Gemäss dem IV-Arztbericht des Spitals C. ___ vom 16. Oktober 2012 handelt es sich bei der verminderten Aussentorsion beider Unterschenkel des Versicherten um ein angeborenes Leiden. Das ist nicht bestritten worden.

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin lehnt eine Kostenübernahme deswegen ab, weil die Operation nicht notwendig gewesen sei. Dem Aspekt der Notwendigkeit (Indikation) der

Operation kommt bei Ziff. 178 GgV Anhang eine doppelte Rolle zu. Denn die Notwendigkeit einer medizinischen Massnahme ist für eine Kostenübernahme stets vorausgesetzt (unten E. 3.2). Von der Voraussetzung der Operationsnotwendigkeit hängt aber bei der betreffenden Ziffer auch die Anerkennung als IV-Geburtsgebrechen als solches ab. 3.2 Gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG umfassen die medizinischen Massnahmen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird (lit. a) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (lit. b). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehrungen, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Laut der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Die für den Bereich der Krankenpflege entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet prinzipiell auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Eine Vorkehrung, welche mangels Wissenschaftlichkeit nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen ist, kann grundsätzlich auch nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 oder 13 IVG zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Auch in der Invalidenversicherung gilt das fundamentale Prinzip der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, d.h. der wissenschaftlichen Anerkennung (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 29. Januar 2004, I 19/03, vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 13. Juni 2012, 8C_590/11, BGE 115 V 195 E. 4b, BGE 123 V 60 E. 2b.cc, AHI 2001 S. 76 f. E. 1b).

3.3 Das Spital C.____ hat die Operationsindikation gestellt, die Operation somit als notwendig betrachtet, und die Behandlung auch durchgeführt.

3.4 Die von Ärzten als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanzeigen haben die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen (die Kostenvergütungspflicht ist zu bejahen, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist, vgl. Art. 33 Abs. 5 KVG). Hält ein (im Entscheid: Kranken-)Versicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (vgl. BGE 129 V 170 f. E. 3.2).

3.5 Der RAD stellt sich vorliegend auf den Standpunkt, als Normwerte der Operationsindikation zur supramalleolären "Tibiatorsionsosteotomie" würden eine Aussentorsion von mehr als 40° und eine verminderte Tibiatorsion von 5° und weniger gelten. Auf die (vom Spital C.____) gewählte Weise würden dagegen bloss nicht der Norm entsprechende (sc. wohl: aber nicht operationsbedürftige) Untersuchungsbefunde biomechanisch korrigiert, ohne dass ein Wirkungs- und Wirtschaftlichkeitsnachweis für diese Korrektur bestünde. Es gebe über diese Therapie keine Langzeitdaten und es handle sich nicht um ein in der Medizin und an anderen medizinischen Zentren verbreitetes Prozedere.

3.6 Es kann davon ausgegangen werden, dass Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit der Derotations-Osteotomie der Tibia als solche bei gegebener Indikation nicht umstritten sind. In der einen eingeleiteten Publikation von Prof. Dr. Hefti (act. 19) wird aber festgehalten, sie (sc. wohl: die Ärzte der

Kinderorthopädischen Universitätsklinik am Universitätskinderspital beider Basel) stellten die Indikation zur supramalleolären Tibiadetorsionsosteotomie (bei einer Aussentorsion von mehr als 40° bzw.) bei einer verminderten Tibiatorsion von 5° und weniger (S. 549). In der anderen vorliegenden Publikation von Dr. Schmid (act. 20) wird dargelegt, eine Korrektur der vermehrten Unterschenkelinnentorsion komme nur bei kleinen Winkeln (unter 5°) und durch den konsekutiven Einwärtsgang bedingten Beschwerden (häufiges Stolpern über die Vorfüsse, Fehlbelastungen in den Füßen und Kniebeschwerden) infrage (S. 3).

3.7 Im Schreiben an die IV-Stelle vom 7. Februar 2013 (act. 21) hat das Spital C.____ angegeben, beim Versicherten sei klinisch eine "verminderte Unterschenkelinnentorsion" (wohl: verminderte Unterschenkeltorsion) von unter 5° gemessen worden. Die Indikation (bzw. wohl das Kriterium für die Indikation) der supramalleolären Korrektur beziehe sich auf die klinische Untersuchung. Es (das Spital) gehe genau nach der Literaturempfehlung vor; das Vorgehen stimme mit der in der Literatur angegebenen klinischen Messmethode überein. Das Spital hält also dafür, klinisch gesehen sei der betreffende, in der Literatur vorgesehene (Maximal-) Wert (von 5°) nicht überschritten gewesen.

3.8 Nur bei der ersten klinischen Untersuchung vom 5. Dezember 2011 (vgl. dazu act. 35, Untersuchungsbericht nicht bei den Akten) wurde der Winkel allerdings auf maximal 5° festgesetzt, während das Ergebnis einer späteren klinischen Messung (vom 23. Juli 2012) zwar nach Angaben des Spitals ebenfalls einen klinisch pathologischen Befund ergab, der aber mit einer Verdrehung von 10° beurteilt wurde. Entsprechend wurde denn auch im IV-Arztbericht vom 16. Oktober 2012 beim Befund eine Aussentorsion der Malleolengabel zum Tibiaplateau von ca. 10° angegeben (ohne Unterscheidung, ob links oder rechts). Bei klinischen Messungen ist sicherlich zu berücksichtigen, dass sie mit einer gewissen Ungenauigkeit behaftet und von eingeschränkter Reliabilität sind. Einen Grund, darauf gar nicht abzustellen, bedeutet das aber nicht. Es zeigt sich insgesamt, dass der in der aufgelegten Literatur als Obergrenze für eine Operationsindikation umschriebene Winkel von 5° abgesehen vom Messergebnis der erwähnten, in den Akten nicht dokumentierten ersten klinischen Untersuchung, die sich wohl einzig auf die linke Seite bezog, (selbst) nach klinischer Erhebung überschritten war. Bei der Operation war davon auszugehen, dass der Grenzwert nicht eingehalten war. Radiologisch haben sich, was nach Darstellung des Spitals C.____ für die Einhaltung der Vorgaben aus der Literatur allerdings nicht massgebend ist, (noch) näher am Normalbefund liegende Werte ergeben. Gemäss der CT-Messung und dem Operationsbericht lag beim Versicherten eine Aussenrotation OSG bzw. eine verminderte Tibiatorsion von rechts 23° und links 15° vor.

3.9 Es ist nicht bekannt, ob es in der medizinischen Literatur abweichende Auffassungen zu den relevanten Grenzwerten (für eine Operationsindikation) gibt. Zumindest hat aber das Spital C.____ selber keine solchen bezeichnet, sondern im Gegenteil dafürgehalten, gemäss diesen Vorgaben vorgegangen zu sein. - Was im Übrigen die Normwerte der Torsion von Unterschenkeln betrifft, wurden immerhin unterschiedliche Winkel bezeichnet. Der RAD benannte am 8. Januar 2013 (act. 14) für Adoleszente einen Grad von 24° Aussentorsion +/- 5°, das Spital C.____ im internen Schreiben vom 24. September 2013 (act. 35) einen Grad von 20° +/- 10° und im Schreiben vom 7. Februar 2013 (act. 21) einen solchen von 33° +/- 8° (der sich allerdings gemäss der zitierten Quelle, H.A. Waidelich, auf über 18-Jährige bezieht, vgl. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1033007>).

3.10 Es fragt sich daher, welche Bedeutung den Grenzwerten für die Operationsindikation in der medizinischen Wissenschaft zukommt, ob es sich dabei nach medizinischer Wissenschaft um strikte Erfordernisse für die Indikation einer Operation handle, eine Indikation

ausserhalb der normierten Werte also generell ausgeschlossen werde, oder ob eine Indikation - unter bestimmten Umständen - auch ausserhalb dieser Grenzwerte begründet sein könne. Die beiden Publikationen lassen eher darauf schliessen, dass Operationen jedenfalls nur unter restriktiven Voraussetzungen angezeigt sind. 3.11 Im konkreten Sachverhalt wird die Operationsindikation mit weiteren Faktoren begründet. Namentlich war die Fehlstellung bereits seit längerem (offenbar ohne den gewünschten Erfolg) konservativ behandelt worden und lag ausserdem eine pathologische Beschwellung über der lateralen Talusschulter sowie über dem Calcaneus an beiden Fussrsten vor. Im IV-Arztbericht vom 16. Oktober 2012 ist angegeben worden, der Versicherte sei nun ein Jahr lang mittels Physiotherapie und Gangschulung behandelt worden, doch habe sich keine Besserung des Gangbildes gezeigt. Das Aufsetzen der Füsse und die Belastung seien nach wie vor pathologisch. Aufgrund des eindrücklichen Bildes sei entschieden worden, den Versicherten frühzeitig zu operieren und nicht das weitere Wachstum abzuwarten. 3.12 Die gegenwärtige Aktenlage lässt einen Entscheid darüber nicht zu, ob die konkret strittige Operation indiziert gewesen sei oder nicht. Einerseits ist davon auszugehen, dass der Entscheid des Arztes als Einzelfallentscheid sich an allen sachbezogenen Umständen zu orientieren hat, andererseits ist denkbar, dass es gewisse Grenzen gibt, ausserhalb derer ein solcher Entscheid nach medizinischer Wissenschaft generell nicht am Platz ist (weil die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit dort nicht erstellt ist). 3.13 Da von der Frage der Operationsindikation vorliegend wie erwähnt die Anerkennung als Geburtsgebrechen selbst abhängt, ist hierzu eine medizinische fachärztliche Stellungnahme (wohl hauptsächlich eine Aktenstellungnahme, da die Operation inzwischen bereits erfolgt ist) erforderlich und wird von der Beschwerdegegnerin einzuholen sein. 3.14 Angesichts der notwendigen Rückweisung der Sache erübrigt sich das Befassen mit dem Eventualstandpunkt der Beschwerdeführerin.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2013 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur ergänzenden Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxismässig aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57). Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin sind ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. 4.3 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. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 9. August 2013 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

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