

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/595 vom 26. Januar 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_595

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/595 du 26 janvier 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/595 del 26 gennaio 2016

Regeste

Art. 51 und 49 ATSG, Art. 58 IVG, Art. 74ter IVV. Art. 12 IVG, Art. 64 ATSG. Eintritt der Rechtskraft eines unzulässigerweise im formlosen Verfahren erlassenen Entscheids der IV-Stelle. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung beträgt die Frist zur Erklärung des Nichteinverständnisses bzw. zum Verlangen einer beschwerdefähigen Verfügung in dieser Konstellation grundsätzlich ein Jahr. Bei der Beurteilung der Länge der Frist sind im Einzelfall auch die einander gegenüber stehenden Interessen zu berücksichtigen. Aufgrund des in Art. 64 ATSG geregelten Prinzips der exklusiven Priorität hat die IV-Stelle die Behandlungskosten für eine unfallbedingte Femurfraktur zu übernehmen, weil die Versicherte nicht über eine primär leistungspflichtige obligatorische Unfallversicherung verfügt, sondern nur im Rahmen der Krankenversicherung subsidiär gegen Unfälle versichert ist. Da vorliegend die Voraussetzungen für einen Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 12 IVG vorliegen, ist die Leistungspflicht der Invalidenversicherung gegeben, unabhängig davon, ob der Gesundheitsschaden unfallbedingt ist oder nicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Januar 2016, IV 2013/595). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_203/2016.

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat mit der Mitteilung vom 19. April 2012 eine Kostenübernahme für die Behandlung der Femurfraktur rechts abgelehnt. Das Schreiben von Dr. C. ___ vom 28. März 2013, worin er zum Ausdruck gebracht hat, dass die getroffenen und noch zu treffenden medizinische Massnahmen bei der Beschwerdeführerin – insbesondere auch jene betreffend die Femurfraktur rechts – alle im Zusammenhang mit der Behandlung der Epiphysiolyse capitis femoris acuta stünden, ist dahingehend zu deuten, dass er mit der Mitteilung vom 19. April 2012 nicht einverstanden gewesen ist (vgl. IV-act. 14). Die Beschwerdegegnerin hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass der in Form einer Mitteilung ergangene Entscheid betreffend die Ablehnung der Behandlungskosten für die Femurfraktur rechts bereits in Rechtskraft erwachsen sei. Im Folgenden ist zu prüfen, ob dieser Entscheid tatsächlich rechtskräftig geworden ist. 1.2 Gemäss Art. 51 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) können Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, in einem formlosen Verfahren behandelt werden. Art. 49. Abs. 1 ATSG bestimmt, dass über Leistungen, Forderungen und Anordnungen die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen ist. Soweit die Erheblichkeit frankenmässig bestimmt werden kann, dürfte die Grenze bei

einigen hundert Franken liegen, während periodische Geldleistungen immer als erheblich einzustufen sind (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 49 N 22). Die vorliegende Ablehnung der Kostenübernahme für die Behandlung der Femurfraktur rechts ist als erheblich einzustufen, da die Behandlung, welche u.a. eine Operation, einen Reha-Aufenthalt sowie Physiotherapie und ärztliche Kontrolluntersuchungen beinhaltet hat, die betragsmässige Erheblichkeitsgrenze von mehreren hundert Franken deutlich übersteigt. Grundsätzlich hätte die Beschwerdegegnerin den leistungsablehnenden Entscheid daher in Verfügungsform erlassen müssen. Im Sinn einer Spezialregelung zum ATSG kann der Bundesrat gemäss Art. 58 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) anordnen, dass in Abweichung von Art. 49 Abs. 1 ATSG auch für bestimmte erhebliche Leistungen das formlose Verfahren nach Art. 51 ATSG zur Anwendung kommt. Der Bundesrat hat in Art. 74 ter IVV angeordnet, dass u.a. medizinische Massnahmen ohne Erlass eines Vorbescheids oder einer Verfügung zugesprochen oder weiter ausgerichtet werden können, wenn die Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich erfüllt sind und den Begehren der versicherten Person vollumfänglich entsprochen wird. Dem Begehren der Beschwerdeführerin um Übernahme der Behandlungskosten für die Femurfraktur rechts ist nicht entsprochen worden. Somit bleibt es dabei, dass die Beschwerdegegnerin den diesbezüglich ablehnenden Entscheid zu Unrecht in Form einer Mitteilung erlassen hat.

1.3 Das Gesetz enthält für die vorliegende Konstellation, in dem die IV-Stelle im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG einen Entscheid gefällt hat, welcher jedoch in Verfügungsform hätte ergehen müssen, keine Regelung. Damit das Verfahren in die gesetzlich vorgesehenen Wege gelenkt und der versicherten Person der Rechtsweg eröffnet werden kann, ist der Erlass einer formellen Verfügung notwendig. Dementsprechend drängt sich in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG die Lösung auf, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann. Als Reaktion auf das Schreiben von Dr. C.____ vom 28. März 2013, womit er – in Vertretung der Eltern der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 5) – das Nichteinverständnis mit dem leistungsabweisenden Entscheid betreffend die Femurfraktur rechts erklärt hat, hätte die Beschwerdegegnerin somit grundsätzlich eine beschwerdefähige Verfügung erlassen müssen. Die Erklärung ist jedoch erst rund 11 Monate nach dem Erlass der Mitteilung vom 19. April 2012 erfolgt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach den allfälligen zeitlichen Grenzen der Befugnis, das Nichteinverständnis rechtswirksam zu erklären bzw. den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung zu verlangen (vgl. BGE 134 V 145 E. 5.1). Mit anderen Worten stellt sich die Frage, wann die Rechtskraft bei einer zu Unrecht erlassenen Mitteilung eintritt.

1.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung verhält sich eine versicherte Person nicht rechtsmissbräuchlich, wenn sie erst mehrere Monate nach einem unzulässigerweise im formlosen Verfahren erfolgten Fallabschluss den Erlass einer formellen Verfügung verlangt (vgl. BGE 132 V 412). Es ginge allerdings zu weit anzunehmen, die versicherte Person könne in einer solchen Konstellation ohne jede zeitliche Beschränkung auf dem Erlass einer Verfügung bestehen. Ebenso wie sich die Umschreibung der Rechtsfolgen der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung an einer Abwägung zu orientieren hat, welche einerseits dem Rechtsschutzinteresse der betroffenen Person und andererseits dem Gebot der Rechtssicherheit Rechnung trägt (vgl. BGE 119 Ib 68 E. 3b S. 72), rechtfertigt es sich mit anderen Worten nicht, den Interessen der versicherten Person uneingeschränkten Vorrang einzuräumen. Vielmehr ist ihre Befugnis, einen formell korrekten Entscheid des Versicherers zu verlangen, insbesondere mit Blick auf das Gebot der Rechtssicherheit sowie den Verfassungsgrundsatz von Treu und Glauben (vgl. Art. 5 Abs. 3 der

Bundesverfassung [BV; SR 101]) zeitlich zu beschränken. Mit Bezug auf das zulässige formlose Verfahren nach Art. 51 ATSG im Bereich der nicht erheblichen Leistungen, deren Beurteilung die versicherte Person nicht bereits vorgängig widersprochen hat, wurde im Verlauf der Gesetzgebungsarbeiten vom Bundesrat zunächst eine Frist von einem Jahr seit Entstehen des Anspruchs vorgeschlagen (vgl. BBl 1994 V 949). Im weiteren Verlauf stand sodann eine Frist von lediglich einem Monat zur Diskussion (vgl. Franz Schlauri, Grundstrukturen des nichtstreitigen Verwaltungsverfahrens in der Sozialversicherung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1996, S. 9 ff., 57 mit Fn. 87). Die Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit lehnte in ihrem Bericht vom 26. März 1999 (BBl 1999 S. 4523 ff.) die Aufnahme einer Frist in das Gesetz schliesslich ab, mit der Begründung, dass das formlose Verfahren in der Sozialversicherung sehr unterschiedliche Abläufe beschlage und es daher falsch sei, eine Frist zu fixieren (vgl. BBl 1999 S. 4610). Dementsprechend regelt Art. 51 Abs. 2 ATSG diesen Punkt nun nicht. In der Lehre wird davon ausgegangen, die Frist müsse auf jeden Fall länger sein als die 30-tägige Rechtsmittelfrist, könne aber wohl mehrere Monate nicht übersteigen, wobei die sachgerechte Dauer vom Einzelfall abhängt (vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., § 67 Rz. 27). Im BGE 134 V 145 hat das Bundesgericht in Bezug auf die Konstellation des unzulässigen formlosen Verfahrens festgehalten, dass es in Anbetracht der einander gegenüberstehenden Interessen und unter Berücksichtigung des Verfassungsgrundsatzes von Treu und Glauben für den Regelfall als gerechtfertigt erscheine, von der betroffenen Person zu erwarten, dass sie innerhalb eines Jahres seit der unzulässigerweise im formlosen Verfahren erfolgten Mitteilung des Fallabschlusses an den Unfallversicherer gelange, wenn sich dieser seither nicht mehr gemeldet habe. Eine längere Frist komme allenfalls dann in Frage, wenn die Person – insbesondere wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist – in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst (vgl. BGE 134 V 145 E. 5.3.2). Diese Rechtsprechung ist analog auch im Bereich der Invalidenversicherung anzuwenden, da ein im Vergleich zur Unfallversicherung ebenso hoher Grad an Betroffenheit der versicherten Person gegeben ist und sich die gleichen Interessen gegenüberstehen. Vorliegend ist insbesondere zu beachten, dass die Behandlung der Femurfraktur der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Erklärung des Nichteinverständnisses noch nicht abgeschlossen gewesen ist. So hat Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 28. März 2013 angegeben, dass im Juni 2013 eine Metallentfernung der Schenkelhalsverschraubung geplant werde (vgl. IV-act. 14). Auch seitens der Beschwerdegegnerin ist kein Abschluss des Verfahrens betreffend die Kostenübernahmen im Rahmen der Behandlungen der Beschwerdeführerin erfolgt, was sich an der Nachfrage der Beschwerdegegnerin beim Ostschweizer Kinderspital im März 2013 betreffend eine allfällig notwendige Verlängerung der Kostengutsprache für die Behandlung der Epiphysiolysis capitis femoris acuta gezeigt hat (vgl. IV-act.13). Aus diesen Gründen hat bei der Beschwerdeführerin auch im März 2013 noch immer ein Rechtsschutzinteresse daran bestanden, sich gegen den leistungsabweisenden Entscheid vom 19. April 2012 zu wehren, zumal mit diesem Entscheid Kostenübernahmen sämtlicher, auch künftiger Leistungen im Zusammenhang mit der Femurfraktur rechts ausgeschlossen worden sind. Auf der anderen Seite kann sich die Beschwerdegegnerin nicht auf ihr Rechtssicherheitsinteresse berufen, um eine Rechtskraftwirkung des Entscheids vom 19. April 2012 anzunehmen, da sie durch die Anwendung des formlosen Verfahrens entgegen

der gesetzlichen Regelung die vorübergehende Rechtsunsicherheit grundsätzlich selbst zu verantworten hat (vgl. BGE 134 V 145 E. 5.3.2). Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts und der vorgenommenen Interessenabwägung folgt, dass der mit der Mitteilung vom 19. April 2012 erlassene leistungsabweisende Entscheid betreffend die Übernahme der Behandlungskosten für die Femurfraktur rechts im Zeitpunkt der innert Jahresfrist erfolgten Erklärung des Nichteinverständnisses am 28. März 2013 noch nicht rechtskräftig gewesen ist. 1.5 Wie bereits erwähnt hätte die Beschwerdeführerin als Reaktion auf das erklärte Nichteinverständnis eine beschwerdefähige Verfügung über die Ablehnung einer Kostenübernahme der Behandlungen für die Femurfraktur rechts erlassen sollen. Eine Rückweisung der Angelegenheit zum Erlass einer entsprechenden beschwerdefähigen Verfügung erübrigt sich jedoch vorliegend, da die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2013 neben dem Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache bezüglich der bereits mit der Mitteilung vom 19. April 2012 geleisteten Kostengutsprache für die Behandlung der Epiphysiolysis capitis femoris acuta auch über die Behandlungskosten für die Femurfraktur rechts entsprechend der Mitteilung vom 19. April 2012 verfügt hat. Somit ist die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2013 gleichzeitig als die von Dr. C. ___ sinngemäss verlangte beschwerdefähige Verfügung über den leistungsabweisenden Entscheid vom 19. April 2012 zu betrachten.

E. 2

2.1 Im Folgenden ist in materieller Hinsicht zu prüfen, ob die mit der Verfügung vom 30. Oktober 2013 erfolgte Leistungsabweisung in Bezug auf die Behandlungskosten im Zusammenhang mit der Femurfraktur rechtmässig ist. Die Beschwerdegegnerin hat den leistungsabweisenden Entscheid damit begründet, dass die Femurfraktur rechts auf ein Unfallereignis und nicht auf eine Komplikation bei der Behandlung der Epiphysiolysis capitis femoris acuta zurückzuführen sei, was eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausschliesse. 2.2 Mit Art. 64 ATSG ist per 2003 eine Koordinationsregelung für Heilbehandlungen eingeführt worden, 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). 2.3 Die Beschwerdeführerin gehört zu keiner der in Art. 1a des Bundesgesetzes für die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) genannten Gruppen von obligatorisch unfallversicherten Personen. Sie ist daher lediglich im Rahmen ihrer obligatorischen Krankenversicherung subsidiär gegen Unfälle versichert (vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. b des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung [KVG; SR 832.10]). Daraus folgt, dass vorliegend in Anwendung von Art. 64 ATSG die Leistungspflicht der Invalidenversicherung derjenigen der Krankenversicherung vorgehen würde, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht gemäss IVG erfüllt wären. Eine allfällige Leistungspflicht der Invalidenversicherung bestünde in diesem Fall unabhängig davon, ob der Gesundheitsschaden durch einen Unfall verursacht worden ist oder nicht, da es sich bei der Invalidenversicherung um eine finale und nicht um eine kausale Versicherung handelt (vgl. zum Ganzen: Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 25. November 2009, IV 2009/161, E. 3 und 4). 2.4 In Betracht kommt vorliegend eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG. Demnach

haben versicherte Personen 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. Gemäss Rz. 38 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) streben medizinische Massnahmen durch die Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte die berufliche Eingliederung an. Vorausgesetzt ist somit eine abgeschlossene Kranken- oder Unfallbehandlung, die einen (relativ) stabilen Defekt hinterlassen hat (Rz. 39 KSME). Gemäss Rz. 54 KSME können ausnahmsweise medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG auch übernommen werden, 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).

2.5 Die Beschwerdeführerin hat sich am 16. November 2011 eine rechtsseitige Fraktur des proximalen Femurs, direkt unterhalb des Austritts des Hansson-Pins zugezogen. Die Fraktur ist gleichentags mittels einer Osteosynthese mit 130° Winkelplatte operativ versorgt worden (vgl. IV-act. 18-5). Es folgten ein Reha-Aufenthalt im Spital D.____ (vgl. IV-act. 18-8) und Verlaufskontrollen im Ostschweizer Kinderspital (vgl. IV-act. 18). Dr. C.____ hat im Bericht vom 28. März 2013 festgehalten, dass als weitere medizinische Massnahme die Metallentfernung der Schenkelhalsverschraubung bevorstehe (vgl. IV-act. 14). Da die Behandlung der Femurfraktur noch nicht abgeschlossen ist, liegt diesbezüglich noch kein stabiler Defektzustand im Sinne von Art. 12 IVG vor. Es ist jedoch überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass mit den durchgeführten und noch durchzuführenden Behandlungen ein später drohender stabiler, nur schwer korrigierbarer Defekt, der sich auf die Erwerbsfähigkeit ausgewirkt hätte (z.B. eine Einschränkung der Gehfähigkeit), hat vorgebeugt werden können bzw. vorgebeugt werden kann. Damit ist im Sinne der Ausnahmebestimmung gemäss Rz. 54 KSME eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf Art. 12 IVG zu bejahen.

2.6 Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die Behandlung der Femurfraktur rechts zu Unrecht abgelehnt. Gestützt auf Art. 12 IVG hat sie neben den Behandlungskosten für die Epiphysiolysis capitis femoris acuta auch die Kosten sämtlicher Behandlungen im Zusammenhang mit der Femurfraktur rechts, namentlich die Kosten der Operation vom 16. November 2011, des Reha-Aufenthaltes, der Verlaufskontrollen, der Physiotherapie, sowie allfällige weitere Kosten von Behandlungen, welche nicht in den vorliegenden Akten ersichtlich sind, zu tragen.

E. 3

3.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2013 gutzuheissen.

3.2 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 bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Der unterliegenden Beschwerdegegnerin sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/sGS 951.1]). Der

von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten. Entscheid 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2013 gutgeheissen. Die Beschwerdegegnerin hat die mit der Femurfraktur rechts im Zusammenhang stehenden Kosten vollumfänglich zu übernehmen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 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.