

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/214 + IV 2014/503 vom 17. Mai 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_214_IV_2014_503

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/214 + IV 2014/503 du 17 mai 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/214 + IV 2014/503 del 17 maggio 2016

Regeste

Art. 13 IVG, 12 IVG, Art. 53 Abs. 2 ATSG. Wenn bei minderjährigen Versicherten medizinische Massnahmen nicht gestützt auf Art. 13 IVG gewährt werden können, ist subsidiär zu prüfen, ob eine Leistungszusprache gestützt auf Art. 12 IVG möglich ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Mai 2016, IV 2014/214 und IV 2014/503).

Erwägungen

E. 1

Mit der Verfügung vom 11. März 2014 hat die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für weitere medizinische Massnahmen zu Gunsten der Beschwerdeführerin verweigert, nachdem sie zuvor seit der Geburt der Beschwerdeführerin Leistungen zur medizinischen Behandlung des Hüftleidens erbracht und auch Kosten für die Versorgung mit Hilfsmitteln und Behandlungsgeräten übernommen hatte. Die Beschwerdegegnerin hat dies in Wiedererwägung der (in Form einer Mitteilung) ergangenen Leistungszusprache der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 30. Januar 2008 getan. Zur Begründung der ablehnenden Verfügung wurde ausgeführt, die erneute Prüfung der medizinischen Sachlage habe ergeben, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 gar nie vorgelegen habe. Gegen diese Verfügung vom 11. März 2014 hat die Beschwerdeführerin am 11. April 2014 Beschwerde erhoben. Bereits am 14. März 2014 aber hatte sie die Beschwerdegegnerin darum ersucht, Kostengutsprache für die medizinische Behandlung ihres Hüftleidens gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 zu leisten. Sie hat damit – parallel zur Beschwerdeerhebung – die Beschwerdegegnerin um Wiedererwägung der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 ersucht. Die Beschwerdegegnerin ist insoweit auf das Gesuch eingetreten, als sie in der Folge die Anerkennung des Hüftleidens als Geburtsgebrechen Ziff. 495 oder – wie aus der Begründung ersichtlich ist – Ziff. 499 überprüfte, beides schliesslich verneint und am 2. Oktober 2014 erneut eine leistungsabweisende Verfügung erlassen hat. Diese gemäss Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) pendente lite ergangene Verfügung ist als nichtig zu betrachten, weil nochmals über den gleichen Streitgegenstand wie bereits mit der Verfügung vom 11. März 2014 entschieden worden ist. Gegenstand der Verfügung vom 11. März 2014 ist nämlich nicht der Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183, sondern der Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) bzw. alternativ gestützt auf Art. 12 IVG (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2005, I 309/05). Wenn mit der Verfügung vom 11. März 2014 wiedererwägungsweise ein Anspruch auf medizinische Massnahmen verneint worden ist, weil die Voraussetzungen von Art. 13 IVG

nicht erfüllt gewesen sind, dann bedeutet das notwendigerweise, dass gemäss der Beurteilung der Beschwerdegegnerin keines der im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgelisteten Geburtsgebrechen vorgelegen haben kann. Der Verweis auf das Geburtsgebrechen Ziff. 183 ist nur eine falsche (weil unvollständige) Begründung gewesen. Das bedeutet, dass mit der Verfügung vom 11. März 2014 implizit auch die vorliegend im Raum stehenden Geburtsgebrechen Ziff. 495 und Ziff. 499 verneint worden sind. Die Verfügung vom 2. Oktober 2014 hat also nur eine alternative Begründung zur unvollständigen Begründung der Verfügung vom 11. März 2014 geliefert. Da ein und derselbe Streitgegenstand vorliegt, ist die Eröffnung eines selbstständigen Beschwerdeverfahrens betreffend die Verfügung vom 2. Oktober 2014 (IV 2014/503) rückblickend als überflüssig und somit als nichtig zu betrachten. Es ist folglich von einer einheitlichen Beschwerde in ein und demselben Verfahren (welches formal unter zwei Nummern [IV 2014/214 und IV 2014/503] geführt worden ist) auszugehen.

E. 2

Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG haben versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestanden haben (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Bundesrat ist der Aufgabe, eine Liste der anerkannten Geburtsgebrechen zu erstellen (vgl. Art. 13 Abs. 2 IVG), mit dem Erlass der GgV nachgekommen (vgl. Art. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Bei der Beschwerdeführerin haben die Geburtsgebrechen Ziff. 494 und 497 unbestrittenermassen vorgelegen. Folglich hat die IV-Stelle Zürich mit den Mitteilungen vom 8. November 2007 die Kosten für die Behandlung der genannten Geburtsgebrechen zugesprochen (vgl. IV-act. 8, 9).

E. 3

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 11. März 2014, mit welcher wiedererwägungsweise ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen verneint worden ist. Die Beschwerdegegnerin hat die bisher ergangenen leistungszusprechenden Mitteilungen betreffend das anerkannte Geburtsgebrechen Ziff. 183 (angeborene Hüftverrenkung und angeborene Fehlentwicklung des Hüftgelenks; der IV-Stelle Zürich vom 30. Januar 2008 [vgl. IV-act. 13], der IV-Stelle St. Gallen vom 18. April 2011 [vgl. IV-act. 24], 14. Oktober 2011 [vgl. IV-act. 32], 19. März 2012 [vgl. IV-act. 36], 13. Juni 2012 [vgl. IV-act. 45], 13. Juli 2012 [vgl. IV-act. 51], 22. August 2012 [vgl. IV-act. 56] und 30. Juli 2013 [vgl. IV-act. 60]) in Wiedererwägung gezogen und weitere Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 mit der Begründung ex nunc abgelehnt, dass es sich bei der Hüftluxation der Beschwerdeführerin nicht um ein angeborenes, sondern um ein erworbenes Leiden handle.

3.2 Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Über den Wortlaut von Art. 53 Abs. 2 ATSG hinaus können auch Entscheide in Wiedererwägung gezogen werden, die – wie im vorliegenden Fall – im formlosen Verfahren nach Art. 51 Abs. 1 ATSG gefällt worden sind (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 53 N 19). Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, E.

3.1). Die Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gegeben, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass ein Entscheid unrichtig ist, d.h. es ist nur ein einziger Schluss – eben derjenige auf die Unrichtigkeit – denkbar (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. August 2005, U 127/05; vgl. BGE 125 V 393). Zweifellos unrichtig in diesem Sinn ist auch ein Entscheid, dem ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zu einem unvollständigen Sachverhalt geführt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2010, 9C_466/2010, E. 3.2.2 mit Hinweis). Für die Beurteilung, ob die wiedererwägungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, ist die Sach- und Rechtslage, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis, im Zeitpunkt des Entscheiderlasses massgebend (vgl. BGE 138 V 147 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.3 Im Vorfeld der Mitteilung vom 30. Januar 2008, mit welcher das Geburtsgebrechen Ziff. 183 erstmals anerkannt worden war (vgl. IV-act. 13), haben der damals zuständigen IV-Stelle Zürich insbesondere zwei Arztberichte vorgelegen. Zum einen der Bericht von Dr. C.____, leitende Ärztin der Kinderorthopädie am Kantonsspital Winterthur, vom 15. Oktober 2007, welcher der IV-Stelle Zürich am 21. Oktober 2007 von den Eltern der Beschwerdeführerin eingereicht worden war (vgl. IV-act. 5), und zum anderen der Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 22. Januar 2008. Die IV-Stelle Zürich hat sich wohl in erster Linie auf den Bericht des Ostschweizer Kinderspitals gestützt, worin die behandelnde Ärztin angegeben hat, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 183 bei der Beschwerdeführerin vorliege (IV-act. 12-3). Bei den Diagnosen hat sie einerseits die Femurkopfnekrose rechts nach Osteomyelitis und neonataler Staphylococcus aureus-Sepsis sowie andererseits die Hüftluxation rechts angegeben. Da sie die Hüftluxation separat genannt hat und nicht ebenfalls als Folge der Osteomyelitis und neonatalen Staphylococcusaureus-Sepsis, ist ein Zusammenhang auf den ersten Blick nicht ersichtlich gewesen. Erst aus den weiteren Angaben im Bericht lassen sich Hinweise darauf entnehmen, dass die Hüftluxation rechts ebenfalls als Auswirkung der Infektion zu betrachten gewesen ist bzw. in direktem Zusammenhang mit der infektbedingten Femurkopfnekrose gestanden hat. Bezüglich der Ultraschalluntersuchung vom 21. November 2007 hat die behandelnde Ärztin beispielsweise ausgeführt, dass sich eine entzündungsbedingte weitgehende Auflösung des rechten Schenkelhalses gezeigt habe. Die Position des Kopfkerns sei ventral und in Luxationsposition bei hochgradig abgeflachtem ventralem Acetabulum. Bezüglich der Anamnese hat die Ärztin festgehalten, dass sie diese aufgrund der ausführlichen Vorberichte des Kantonsspitals Winterthur bekannt voraussetze (vgl. IV-act. 12-4). Der Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 hat der IV-Stelle Zürich nicht vorgelegen und ist auch nicht eingeholt worden. Jedoch hat ihr der Bericht von Dr. C.____ vom 15. Oktober 2007 zur Verfügung gestanden. Dr. C.____ hatte festgehalten, dass als Folge der schweren infektiösen Erkrankung eine Mitbetroffenheit des rechten Hüftgelenkes bestehe, welche sich in Formveränderungen des Hüftkopfes und oberem Ende des Schenkelhalses auswirke. Im durchgeführten MRI habe sich eine Hüftnekrose bis zum Schenkelhals rechts gezeigt. Das Röntgenbild habe einen Formunterschied des Oberschenkels im Vergleich zur nicht betroffenen Seite gezeigt. Aufgrund der Erstuntersuchung mit praktisch steifem Hüftgelenk rechts und Verdacht auf Ausrenkung (MRI-Befund vom 20. September 2007) erfolge die Erstbehandlung wie bei einer angeborenen Hüftausrenkung mit Overhead-Extension (vgl. IV-act. 4). Aus diesen Ausführungen ergibt sich eindeutig, dass die Hüftluxation rechts eine Folge der infektiösen Erkrankung und kein angeborenes Leiden

darstellt. Auch wenn die Erstbehandlung mittels Overhead-Extension auf die gleiche Weise erfolgt ist wie bei einer angeborenen Hüftausrenkung, so liegt die Ursache des Leidens bei der Beschwerdeführerin in der Infektion, d.h. die Hüftluxation rechts ist nicht angeboren gewesen, sondern infolge einer nachgeburtlichen Erkrankung erworben worden. Der IV-Stelle Zürich hätte vor diesem Hintergrund auffallen müssen, dass die Angabe der behandelnden Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals, wonach bei der Beschwerdeführerin das Geburtsgebrehen Ziff. 183 vorliege, nicht zutreffend sein kann. Schon allein aufgrund des Berichts von Dr. C.____ ist der Entscheid der IV-Stelle Zürich, das Geburtsgebrehen Ziff. 183 bei der Beschwerdeführerin anzuerkennen, als offensichtlich unrichtig zu bezeichnen. Hinzu kommt, dass die IV-Stelle Zürich ihre Untersuchungspflicht klar verletzt hat, indem sie den Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur nicht eingefordert hat, obwohl die behandelnde Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals in ihrem Bericht vom 22. Januar 2008 darauf verwiesen und diesen als der IV-Stelle Zürich bekannt vorausgesetzt hat. Im Austrittsbericht der Neonatologie am Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist festgehalten worden, dass bei der Beschwerdeführerin von einer im Rahmen der 16-tägigen antibiotischen Behandlung der Staph aureus-Sepsis abgelaufenen Mitbeteiligung/Osteomyelitis der rechten Hüfte ausgegangen werden müsse, in deren Verlauf es zu einer Minderversorgung und Nekrose bei Luxation gekommen sei (vgl. IV-act. 95-6). Aus diesem Bericht hätte sich somit nochmals deutlich ergeben, dass die Hüftluxation der Beschwerdeführerin nicht angeboren gewesen ist und damit das Geburtsgebrehen Ziff. 183 nicht vorgelegen hat. Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin zu Recht, festgestellt, dass das Geburtsgebrehen Ziff. 183 nie vorgelegen hat und der dieses Geburtsgebrehen anerkennende Entscheid der IV-Stelle Zürich vom 30. Januar 2008 offensichtlich unrichtig gewesen ist.

E. 4

4.1 Mit der – wie ausgeführt – zu Recht erfolgten rückwirkenden Aberkennung des Geburtsgebrehens Ziff. 183 ist jedoch noch nicht entschieden, ob die Ablehnung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 IVG rechtmässig gewesen ist (vgl. oben, E. 1). Zu prüfen ist weiter, ob die Beschwerdegegnerin auch die vorliegend in Betracht zu ziehenden Geburtsgebrehen Ziff. 495 und Ziff. 499 zu Recht verneint hat.

4.2 Gemäss Ziff. 495 des Anhangs zum GgV gelten als Geburtsgebrehen schwere neonatale Infekte, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden des Neugeborenen manifest bzw. erkennbar werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Im Kreisschreiben über medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, Stand 1. Januar 2015) wird festgehalten, dass Geburtsgebrehen im Sinne der Invalidenversicherung Gebrechen seien, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die Voraussetzung sei auch dann erfüllt, wenn zwar das Geburtsgebrehen im erwähnten Zeitpunkt noch nicht als solches erkennbar sei, jedoch später behandlungsbedürftige Symptome aufträten, die den Schluss zuliessen, dass bei vollendeter Geburt ein Geburtsgebrehen bzw. die Anlage dazu vorhanden gewesen sei (Rz. 4 KSME). Einzelne Leiden gälten jedoch nur dann als Geburtsgebrehen, wenn die wesentlichen Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraumes aufträten. Dazu gehöre u.a. auch das Geburtsgebrehen Ziff. 495. Unerheblich sei, ob die entsprechende Diagnosestellung gestützt auf diese Symptome erst später gestellt worden sei. Beispielsweise könne ein Diabetes mellitus eines Säuglings von 8 Wochen als Geburtsgebrehen Ziff. 451 anerkannt werden, wenn nachgewiesen werde, dass schon in den ersten vier Lebenswochen eine Zuckerausscheidung im Urin stattgefunden habe (Rz. 5

KSME). Die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 495 erfordert also, dass die wesentlichen Symptome des neonatalen Infekts innerhalb der ersten 72 Lebensstunden, d.h. in den ersten 3 Lebenstagen, erkennbar gewesen sind und dass zudem eine Intensivbehandlung hat begonnen werden müssen.

4.3 Die Beschwerdeführerin ist am 7. August 2007 im Universitätsspital Zürich geboren worden. Im Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 15. August 2007 haben die behandelnden Ärzte festgehalten, dass es nach der Geburt klinisch keine Anhaltspunkte für einen Infekt gegeben habe. Es seien auch keine Risikofaktoren für einen Infekt ersichtlich gewesen. Die Stuhlkultur auf *Klebsiella pneumoniae* vom 11. August 2007 sei negativ gewesen. Die etwa eine Stunde nach der Geburt beim Setzen einer Pean-Klemme entstandene Verletzung am Finger sei gut und ohne Hinweise auf einen lokalen Infekt verlaufen. Am 16. August 2007 sei die 10 Tage alte Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand und ohne Anzeichen eines Infekts entlassen worden (IV-act. 92). Die Beschwerdeführerin ist anschliessend zur weiteren Behandlung in das Kantonsspital Winterthur verlegt worden. Im Austrittsbericht der Neonatologie des Kantonsspital Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin beim Eintritt am 16. August 2007 keine Hinweise auf einen Infekt gezeigt habe. Gleichzeitig sei jedoch ihre Zwillingsschwester bereits bei der Verlegung am 10. Lebenstag bei positiven Blutkulturen (*Staph aureus*) antibiotisch behandelt worden. Am 18. August 2007, d.h. am 12. Lebenstag, sei bei der Beschwerdeführerin wegen unklarem Infektverdacht aufgrund einer klinischen Zustandsverschlechterung mit Kreislauf- und Ateminstabilität eine antibiotische Therapie begonnen worden. Die laborchemischen Abklärungen hätten am 20. August 2007, d.h. am 14. Lebenstag, auch bei der Beschwerdeführerin *Staph aureus* in den Blutkulturen gezeigt (vgl. IV-act. 95). Aus den beiden Berichten geht hervor, dass in den ersten 72 Lebensstunden der Beschwerdeführerin kein schwerer Infekt erkennbar gewesen ist. An ihrem 10. Lebenstag, am 16. August 2007, ist die Beschwerdeführerin sowohl im Universitätsspital Zürich beim Austritt als auch im Kantonsspital Winterthur beim Eintritt auf Anzeichen eines Infekts untersucht worden. Die jeweils behandelnden Ärzte sind übereinstimmend zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf einen Infekt vorgelegen hätten.

4.4 Der Rechtsvertreter macht geltend, dass gestützt auf die (von ihm angeforderte) Stellungnahme von Dr. C.____ vom 18. Juni 2014 ein neonataler Infekt in den ersten 72 Lebensstunden bejaht und das Geburtsgebrecen Ziff. 495 anerkannt werden müsse. Dr. C.____ hat festgehalten, es scheine ihr aufgrund der vorliegenden Unterlagen, dass bei der Beschwerdeführerin keine primär postpartale Infektion vorhanden gewesen sei. Es bestehe aber sehr wohl die Möglichkeit, dass die (spätere) Infektion durch die Fingerverletzung verursacht worden sei. Der klinische Befund der Beschwerdeführerin habe jedoch nicht unbedingt dafür gesprochen, da sich eine Infektion bei Neugeborenen in der Regel ausserordentlich schnell ausbreite und auch mit klinischen Zeichen wie z.B. Trinkunlust einhergehe. Aufgrund des Umstands, dass bei der Zwillingsschwester postpartal eine *Staph aureus*-Infektion vorgelegen habe, könnte hingegen auch bei der Beschwerdeführerin von einer postpartalen Infektion ausgegangen werden. Zusammengefasst bestehe eine ordentlich grosse Wahrscheinlichkeit bei der Beschwerdeführerin auf eine neonatale Sepsis, anfänglich schleichend, aufgrund des gleichzeitig bei der Zwillingsschwester nachgewiesenen pathologischen Erregers. Mit absoluter Sicherheit lasse sich dies jedoch nicht sagen. Ungefähr mit der gleich grossen Wahrscheinlichkeit bestehe die Möglichkeit, dass die Fingerverletzung der Beschwerdeführerin zu diesem ungünstigen

infektionsbedingten Verlauf geführt habe (vgl. IV-act. 103). 4.5 Bei der von Dr. C. ___ postulierten (wahrscheinlichen) Möglichkeit, dass bei der Beschwerdeführerin eine neonatale Sepsis, anfänglich schleichend, aufgrund des gleichzeitig bei der Zwillingsschwester nachgewiesenen pathologischen Erregers bestanden habe, handelt es sich lediglich um eine Vermutung. Objektive Befunde, welche diese Vermutung stützen würden, sind in den Akten nicht ersichtlich. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Neonatologie am Universitätsspital Zürich vom 15. August 2007 haben in den ersten Lebenstagen keinerlei Anzeichen für einen Infekt bei der Beschwerdeführerin festgestellt werden können. Im Austrittsbericht haben die behandelnden Ärzte auch die Diagnosen der Zwillingsschwester der Beschwerdeführerin genannt, u.a. auch den Verdacht auf einen neonatalen Infekt (vgl. IV-act. 92). Wie dem Austrittsbericht des Kantonsspitals Winterthur zu entnehmen ist, ist die Zwillingsschwester bereits bei der Verlegung am 10. Lebenstag bei positiven Blutkulturen (Staph aureus) antibiotisch behandelt worden (vgl. IV-act. 95-5). Es ist davon auszugehen, dass die behandelnden Ärzte sowohl im Universitätsspital Zürich als auch im Kantonsspital Winterthur die Beschwerdeführerin gerade wegen der vorliegenden Infektion bei der Zwillingsschwester besonders aufmerksam auf Anzeichen eines Infekts untersucht haben. Hinweise für einen Infekt hat es bei der Beschwerdeführerin bis zum 12. Lebenstag aber nicht gegeben. Die Angabe von Dr. C. ___, dass sich der neonatale Infekt bei der Beschwerdeführerin anfänglich schleichend entwickelt habe, steht auch im Widerspruch zu ihrer Aussage, dass sich Infekte bei Neugeborenen ausserordentlich schnell ausbreiteten. Selbst wenn der erst ab dem 12. Lebenstag erkennbare Infekt der Beschwerdeführerin schon im Zeitpunkt der vollendeten Geburt vorgelegen haben sollte, kann der Infekt nicht als Geburtsgebrechen Ziff. 495 anerkannt werden, denn für eine Anerkennung dieses Geburtsgebrechens kommt es – wie bereits erwähnt – darauf an, dass sich die wesentlichen Symptome in den ersten 72 Stunden manifestiert haben und eine Intensivbehandlung begonnen worden ist. Beide Voraussetzungen sind bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt gewesen. Die von Dr. C. ___ erwähnte ebenso wahrscheinliche Möglichkeit, dass die Fingerverletzung der Beschwerdeführerin die Ursache des Infekts gewesen sei, würde auch kein Geburtsgebrechen begründen, denn die Infektion hätte diesfalls nicht bei der vollendeten Geburt bestanden, sondern wäre erst etwa eine Stunde nach der Geburt aufgrund der zugefügten Verletzung ausgelöst worden. Ferner kommt auch das Geburtsgebrechen Ziff. 499 (schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen) nicht Betracht, da es sich bei der Fingerverletzung eindeutig nicht um eine geburtsbedingte Verletzung gehandelt hat. Die Beschwerdegegnerin hat folglich die Anerkennung der Geburtsgebrechen Ziff. 495 und Ziff. 499 zu Recht abgelehnt. 4.6 Zusammengefasst zeigt sich, dass ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 13 IVG zu Recht verneint worden ist. Vor der wiedererwägungsweisen Aufhebung des das Geburtsgebrechen Ziff. 183 anerkennenden Entscheids vom 30. Januar 2008 sowie der folgenden diesbezüglich leistungszusprechenden Mitteilungen hätte die Beschwerdegegnerin jedoch rechtsprechungsgemäss prüfen müssen, ob eine Leistungszusprache – nachdem eine solche gestützt auf Art. 13 IVG abgelehnt worden ist – unter dem Titel von Art. 12 IVG in Betracht gekommen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2005, I 309/05, E. 2.3.1). Die erfolgten Kostengutsprachen für medizinische Massnahmen könnten mit anderen Worten mittels einer substituierenden Begründung gestützt auf Art. 12 IVG geschützt werden.

5.1 Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 IVG hat. 5.2 Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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. Diese Bestimmung soll nach der Intention des Gesetzgebers die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits voneinander abgrenzen. Der Bundesrat ist seiner Befugnis gemäss Art. 12 Abs. 2 IVG, die Massnahmen gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen, mit der Umschreibung in Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung nachgekommen. Nach Art. 2 Abs. 1 IVV gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. 5.3 Umstritten ist vorliegend, ob bezüglich der medizinischen Massnahmen für die Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose der Beschwerdeführerin eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung oder der Krankenversicherung besteht. Der Gesetzgeber ist vom Grundsatz ausgegangen, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung gehört (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 9C_452/2014, E. 2.1). Art. 12 Abs. 1 IVG umschreibt die Vorkehren medizinischer Art, welche von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmen sind, mit dem Rechtsbegriff "Behandlung des Leidens an sich". Eine solche Behandlung ist zwar auch bei gewissen Geburtsgebrenchen, welche aufgrund der diesbezüglichen gesetzlichen Regelung dennoch von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, zu bejahen; ein Geburtsgebrenchen ist aber im vorliegenden Fall – wie bereits ausgeführt – nicht gegeben. Grundsätzlich hat somit die primär in Anspruch zu nehmende Krankenversicherung für die in Frage stehenden Behandlungen aufzukommen, es sei denn, das Gesetz sehe eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung vor. Eine solche kommt gestützt auf Art. 12 IVG nur dann in Frage, wenn es sich um eine auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den anerkannten Aufgabenbereich gerichtete Massnahme handelt (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Art. 12 N 5). Nach der Rechtsprechung sind von der Invalidenversicherung grundsätzlich nur solche Vorkehren zu übernehmen, die nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Während dies bei Erwachsenen ohne Weiteres gilt, sind bei Jugendlichen – ihrer körperlichen und geistigen Entwicklungsphase Rechnung tragend – medizinische Vorkehren trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn ohne diese in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden

(Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2015, 9C_912/2014, E. 1.2, m.w.H.). Die Invalidenversicherung hat daher bei Kindern und Jugendlichen auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen.

5.4 Gemäss dem Austrittsbericht der Neonatologie des Kantonsspitals Winterthur vom 25. Oktober 2007 ist bei der Beschwerdeführerin ab dem 18. August 2007 wegen unklarem Infektverdacht aufgrund einer klinischen Zustandsverschlechterung mit Kreislauf- und Atemstabilität eine antibiotische Therapie begonnen worden. Am 20. August 2007 hat mittels der laborchemischen Abklärungen eine Staph aureus-Infektion nachgewiesen werden können (vgl. IV-act. 95-5). Die antibiotische Behandlung ist als eine Behandlung des Leidens an sich, namentlich des Infekts, anzusehen und fällt daher nicht in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung (vgl. Art. 2 Abs. 4 IVV). Als Folge des Infekts ist eine Nekrose des Hüftkopfes und des Schenkelhalses rechts entstanden, welche auch nach Abschluss der Behandlung des Infekts bzw. nach dessen Ausheilung irreversibel bestehen geblieben ist. In Abgrenzung zum Infekt handelt es sich bei dem zerstörten Hüftkopf und Schenkelhals rechts um einen Gesundheitsschaden, der ohne medizinische Vorkehren überwiegend wahrscheinlich eine Heilung mit Defekt oder einen sonstwie stabilisierten Zustand zur Folge gehabt hätte, wodurch die Berufsbildung und/oder die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt worden wäre (vgl. dazu das Beispiel in Rz. 48 KSME zur Abgrenzung von Leidensbehandlung und medizinischer Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG). Die durchgeführten medizinischen Behandlungen, namentlich die offene Reposition der rechten Hüfte und die Derotations-Varisations-Osteotomie im April 2008 (vgl. IV-act. 55-2), die Schenkelhalsverlängerung mit schräger Doppel-Osteotomie des proximalen Femurs und Distalisierung des Trochanter major rechts und begleitender Osteosynthese mittels winkelstabiler Platte und offener Einstellung des proximalen Femures in die Pfanne rechts im Januar 2011 (vgl. IV-act. 23-3), die Physiotherapie zur Verbesserung der Hüftgelenkbeweglichkeit und des Gangbildes (vgl. IV-act. 23-5), die Versorgung mit Hilfsmitteln und Behandlungsgeräten (Schuherhöhung, Kinderrollator, vgl. IV-act. 32-1), die operative Reposition des Hüftgelenks im Dezember 2011, die Beckenosteotomie und offene Hüfteinstellung rechts im Januar 2012, die Schraubenosteosynthese des Schenkelhalses im März 2013 (vgl. IV-act. 55) sowie die Osteotomie des distalen Femurs rechts (zwecks Beinverlängerung) im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63), haben alle dazu gedient, die Gehfähigkeit und damit primär die Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin herzustellen. Im Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 2. Dezember 2011 haben die behandelnden Ärzte ausdrücklich festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, namentlich die eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks mit Beinlängendifferenz von 4 cm zu Ungunsten rechts und der damit verbundenen deutlichen eingeschränkten Gehstrecke, auf den Schulbesuch und/oder die berufliche Ausbildung auswirken würde (34-3). Die Behandlungsmassnahmen haben daher eindeutig Eingliederungscharakter gehabt und sind als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG zu betrachten.

5.5 Aus der Bejahung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG folgt, dass die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose entstandenen Kosten zu Recht übernommen hat bzw. zur Kostenübernahme verpflichtet gewesen ist. Überdies hat die Beschwerdegegnerin allenfalls noch nicht übernommene Kosten, welche in direktem Zusammenhang mit den oben

erwähnten durchgeführten medizinischen Behandlungen stehen, ebenfalls zu übernehmen. Zu erwähnen sind insbesondere die Kosten der letzten Operation im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63) sowie die Kosten der diesbezüglich notwendigen Folgebehandlungen, wie beispielsweise die Spitexbetreuung im Anschluss an die Operation. Da die Spitexbetreuung in direktem Zusammenhang mit der eingliederungswirksamen Osteotomie des Femurs rechts im Oktober 2013 (vgl. IV-act. 63) gestanden hat, fällt sie wie die Operation selbst auch unter Art. 12 Abs. 1 IVG. Mit der Mitteilung vom 30. Juli 2013 hat die Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache für Physiotherapie ab dem 1. September 2013 bis 31. August 2015 erteilt (vgl. IV-act. 60). Ob die Beschwerdeführerin seit dieser Leistungszusprache tatsächlich in physiotherapeutischer Behandlung gewesen ist und wenn ja, ob bzw. in welchem Umfang die Kosten von der Beschwerdegegnerin übernommen worden sind, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da es sich bei der Physiotherapie um eine Dauerleistung handelt, hätte die Beschwerdegegnerin (bei einer länger dauernden Behandlung allenfalls auch wiederholt) abzuklären, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG gegeben sind, namentlich ob im Sinne einer günstigen Prognose die Behandlung der Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin dient und zudem notwendig, einfach und zweckmässig ist. Auch in Bezug auf allfällige weitere im Zusammenhang mit der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose stehende medizinische Behandlungen, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügungen nötig geworden sind bzw. werden, wird die Beschwerdegegnerin im Einzelfall die Voraussetzungen von Art. 12 IVG zu prüfen haben.

E. 6

6.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 gutzuheissen. Die Angelegenheit ist der Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinn der Erwägungen die Prüfung und die Ausrichtung der Kosten sämtlicher Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose als Folgeschaden der durchgemachten und ausgeheilten Staphylokokken-Infektion vornehmen kann.

6.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Unter Berücksichtigung des leicht überdurchschnittlichen Vertretungsaufwands erscheint eine praxisgemäss pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Entscheid 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 11. März 2014 aufgehoben. Die Angelegenheit wird der Beschwerdegegnerin im Sinn der Erwägungen zur

Prüfung und Ausrichtung von Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Hüftkopf- und Schenkelhalsnekrose zurückgewiesen. 2. Es wird festgestellt, dass die Verfügung vom 2. Oktober 2014 nichtig ist. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin ist der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten. 4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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