

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/128 vom 1. Juni 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_128](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_128)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/128 du 1 juin 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/128 del 1 giugno 2021

## **Regeste**

Art. 12 IVG. Art. 64 ATSG. Art. 4 ATSG. Art. 6 Abs. 2 UVG. Art. 8 KVG. Medizinische Massnahmen. Koordination der Leistungspflicht der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung als obligatorische Unfallversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Juni 2021, IV 2020/128). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_386/2021.

## **Volltext**

Entscheid vom 1. Juni 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2020/128 Parteien SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand medizinische Massnahmen (für A.\_\_\_\_) Sachverhalt A.\_\_\_\_ wurde im Januar 2019 unter Hinweis auf eine Spitalbehandlung vom 28. April 2018 bis zum 24. Mai 2018 zur Behandlung einer Epiphyseolysis capitis femoris rechts zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Die Kinderorthopädin Dr. med. B.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital berichtete im Februar 2019 (IV-act. 6), beim Versicherten seien am 25. April 2018 akut immobilisierende Schmerzen in der rechten Hüfte aufgetreten. Radiologisch sei eine Epiphyseolysis capitis femoris rechts nachgewiesen worden. Diese sei noch am 25. April 2018 mittels einer operativen Fixation in situ behandelt worden. Auf eine Nachfrage hin habe die Familie berichtet, dass der Versicherte schon seit Oktober 2017 intermittierend an Schmerzen im rechten Oberschenkel gelitten habe. Wegen einer aufgehobenen Innenrotationsfähigkeit und eines radiologisch nachgewiesenen Abrutschens der Epiphyse sei am 18. Mai 2018 eine chirurgische Hüftluxation mit einer Trochanterosteotomie, einer Reorientierung der Epiphyse und einer Drahtfixierung durchgeführt worden. Der anschliessende Verlauf sei zufriedenstellend gewesen. Die Zuweisung zur Behandlung ins Ostschweizer Kinderspital war über den Rettungsdienst erfolgt, der in seinem Kurzbericht festgehalten hatte (act. G 16.15), der Versicherte habe beim Fussballspiel sein Bein umgedreht respektive verdreht. Er habe sofort starke Schmerzen verspürt und sei in sich zusammengesackt. Man habe ihn in das Sanitätszimmer verbracht, von wo aus angesichts der unverändert bestehenden starken Schmerzen der Rettungsdienst verständigt worden sei. Die Angehörigen seien telefonisch verständigt worden. Im Juli 2019 notierte med. pract. C.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Gesundheitsbeeinträchtigung sei durch einen Unfall verursacht worden, weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 18). Mit einem Vorbescheid vom 5. August 2019 teilte die IV-Stelle der Mutter des Versicherten mit (IV-act. 20), dass sie die Abweisung des Begehrens um medizinische Massnahmen vorsehe.

Zur Begründung führte sie an, angesichts der unfallbedingten Ätiologie sei eine Kostenvergütung durch die Invalidenversicherung gemäss der Rz. 734/934.1 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) ausgeschlossen. Eine Kopie dieses Vorbescheides wurde der zuständigen Kranken- und Unfallversicherung des Versicherten eröffnet. Am 11. September 2019 wandte die Krankenpflegeversicherung ein (IV-act. 23), der Versicherte habe bereits im Oktober 2017 wegen Schmerzen am hinteren Oberschenkel behandelt werden müssen. Im Zusammenhang mit der notfallmässigen Zuweisung zur Behandlung am 25. April 2018 sei auf akut einsetzende immobilisierende Schmerzen infolge einer Drehung beim Fussballspiel hingewiesen worden. Diese Drehung könne nicht als ein Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG qualifiziert werden. Die Röntgenuntersuchung am 25. April 2018 habe keinen Nachweis einer Fraktur, aber eine deutliche Stufenbildung zwischen der femoralen Meta- und der Epiphyse ergeben. Intraoperativ seien Kallusbildungen am Übergang zwischen der Epiphyse und dem Schenkelhals festgestellt worden, was für eine krankheitsbedingte Genese, am ehesten als ein Ausdruck einer Wachstumsstörung, spreche. Die IV-Stelle holte in der Folge weitere medizinische Berichte ein. Der RAD-Arzt C.\_\_\_\_ notierte nach einer Durchsicht dieser Berichte im Januar 2020 (IV-act. 48), die Würdigung der nachträglich eingeholten Unterlagen ergebe keine neuen Aspekte. Die Frage, ob das Ereignis vom 25. April 2018 als ein Unfall im Rechtssinne zu qualifizieren sei, könne aus medizinischer Sicht nicht beantwortet werden; es handle sich um eine Rechtsfrage. Am 23. April 2020 erkundigte sich eine Mitarbeiterin des Rechtsdienstes der IV-Stelle telefonisch bei der Mutter des Versicherten nach dem genauen Hergang des Ereignisses vom 25. April 2018. In ihrer Telefonnotiz hielt sie fest (IV-act. 54), die Mutter habe angegeben, dass man ihr berichtet habe, ihr Sohn (der diese Berichte bestätigt habe) sei etwa zehn Minuten nach dem Beginn eines Fussballspiels im Rahmen einer Schul-Fussballmeisterschaft mit einem Gegner zusammengestossen. Der „etwas dicke“ Gegenspieler sei an der Wade des Sohnes hängen geblieben und auf die Hüfte des Versicherten gestürzt. Durch den Sturz habe sich der Versicherte „ziemlich das Bein verdreht“ und „es habe ziemlich weh getan“. Die Lehrerin habe ihn aufgefordert, nicht länger zu simulieren, sondern wieder aufzustehen. Er habe dann versucht aufzustehen, habe aber das Bein nicht belasten können und sei dann wieder in sich zusammengesackt. Das Bein habe einfach nachgegeben und sehr weh getan. Deshalb sei dann auch der Krankenwagen gerufen worden. Sie, die Mutter des Versicherten, verstehe nicht, weshalb sie das alles nochmals schildern müsse. Sie habe das alles bereits der Krankenversicherung erklärt, die sie bereits telefonisch dazu befragt habe. Die Sachbearbeiterin der Krankenversicherung habe damals erwähnt, dass es sich möglicherweise um ein Geburtsgebrechen handeln könne, weil der Versicherte ja bereits im Oktober 2017 Schmerzen im Bein gehabt habe. Sie habe die Mutter des Versicherten angehalten, sich bei der Invalidenversicherung anzumelden. Die Mitarbeiterin des Rechtsdienstes der IV-Stelle notierte noch am selben Tag (IV-act. 55–8), die Vorgehensweise der Krankenversicherung sei „etwas befremdlich“. Obwohl ihr bekannt gewesen sei, dass es sich um einen Unfall gehandelt habe, habe sie diese Tatsache „verschwiegen und im Einwand sogar wissentlich verneint“. Dabei habe sie sich den Umstand „zunutze gemacht“, dass die Mutter des Versicherten die erste Unfallmeldung nicht vollständig ausgefüllt habe. Das gemäss den Angaben der Mutter des Versicherten in der Folge geführte Telefonat mit einer Sachbearbeiterin der Krankenversicherung sei in den Akten der Krankenversicherung nicht dokumentiert. Bei dieser Sachlage müsse ein versuchter Versicherungsbetrug geprüft werden. Der Leiter des Rechtsdienstes habe sein

Einverständnis zu einer strafrechtlichen Überprüfung gegeben. Mit einer Verfügung vom 13. Mai 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 56). Am 12. Juli 2020 erhob die zuständige Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Mai 2020 (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Gewährung von medizinischen Massnahmen gestützt auf den Art. 12 IVG zur Behandlung der Epiphysenlösung rechts. Zur Begründung führte sie aus, während des Fussballspiels vom 25. April 2018 sei es nicht zu einem Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG gekommen. In keinem der Berichte der behandelnden Ärzte werde auch nur ansatzweise auf einen allfälligen Unfall hingewiesen. Intraoperativ habe sich am 26. April 2018 eine Kallusbildung am Übergang von der Epiphyse zum Schenkelhals gezeigt, was für eine überwiegend chronische Epiphyseolyse spreche. Schon im Jahr 2017 habe sich der Versicherte mehrmals wegen Schmerzen im rechten Bein zur Behandlung vorgestellt. Damals seien jeweils Muskelfaserrisse festgestellt worden, aber das zeige retrospektiv, dass der Versicherte bereits damals an den ersten Symptomen der sich abzeichnenden Epiphyseolyse gelitten habe. Das Protokoll des Rettungsdienstes sei sprachlich „nicht eben gelungen“, enthalte aber keinen Hinweis auf einen Unfall. Die erst sechs Monate nach dem Ereignis telefonisch abgegebene Erklärung der Mutter überzeuge nicht, da diese möglicherweise aus Sorge um die Versicherungsdeckung falsche Angaben gemacht haben könnte. Bezeichnenderweise habe sie bis dato die Unfallmeldung noch nicht ausgefüllt. Abklärungen der Regressabteilung hätten ergeben, dass es beim Fussballspiel vom 25. April 2018 nicht zu einer groben Spiel- oder Sportverletzung gekommen sei und dass der Gegenspieler nicht bekannt sei. Deshalb sei das Regressdossier bereits am 24. Januar 2019 wieder geschlossen worden. Die Mutter sei übrigens keine Augenzeugin des Vorfalls gewesen. In einem mit „Rückmeldung zum Fall – schriftliche Abmahnung“ betitelten Schreiben vom 2. Juli 2020 wiesen die Mitarbeiterin des Rechtsdienstes der IV-Stelle und die Rechtsdienstleiterin die Sachbearbeiterin der Beschwerdeführerin darauf hin (IV-act. 58), ihr habe bewusst sein müssen, dass der Versicherte am 25. April 2018 mit einem Gegenspieler zusammengestossen sei. Sie habe sich „zunutze gemacht“, dass die erste Unfallmeldung der Mutter des Versicherten keine Unfallbeschreibung enthalten habe. Die zweite Unfallmeldung, die auf telefonischem Wege aufgenommen worden sei, befinde sich „nicht (mehr?) in den Akten“. Trotzdem habe die Beschwerdeführerin versucht, Regress auf den Gegenspieler zu nehmen. Mit „der Unterdrückung von Tatsachen wider besseren Wissens und Aktenmanipulationen“ sei „ganz klar die Grenze des legalen Bereiches und des fairen Umgangs miteinander überschritten“. Die Sachbearbeiterin werde hiermit darauf hingewiesen, dass „wir weder einen Versicherungsbetrug noch die Anstiftung von Versicherten hierzu dulden“. Sie, die IV-Stelle, behalte sich eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft „in solchen Fällen“ vor. Dieses Schreiben kreuzte sich mit der Mitteilung des Versicherungsgerichtes vom 29. Juni 2020 über die Beschwerdeerhebung gegen die Verfügung vom 13. Mai 2020 (vgl. IV-act. 59). Am 7. Juli 2020 bestritt ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes der Beschwerdeführerin ausdrücklich den von der IV-Stelle unterstellten Versuch zum Versicherungsbetrug respektive zur Anstiftung zum Versicherungsbetrug (IV-act. 62). Am 14. Juli 2020 machte er in einem Telefonat mit der Rechtsdienstmitarbeiterin der IV-Stelle geltend (IV-act. 63), man sei sehr enttäuscht über das Abmahnungsschreiben, da man bisher von einer guten Zusammenarbeit ausgegangen sei. Angesichts des zeitlichen Ablaufs stelle sich die Frage, ob es sich beim Abmahnungsschreiben um einen Nötigungsversuch handle. Die Rechtsdienstmitarbeiterin

wies diese Mutmassung zurück und erläuterte, dass man mit dem Versand des Schreibens bis zum Eintritt der Rechtskraft der Verfügung zugewartet habe. Leider habe sich das Schreiben dann mit der Mitteilung des Versicherungsgerichtes gekreuzt. Nachdem der Rechtsdienstmitarbeiter der Beschwerdeführerin die internen Abläufe erläutert hatte, kündigte die Rechtsdienstmitarbeiterin der IV-Stelle eine schriftliche Rückmeldung bezüglich des weiteren Vorgehens an. Am 3. September 2020 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, die Lehrerin des Versicherten habe in einer elektronischen Nachricht vom 4. August 2020 auf eine Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin erklärt (vgl. act. G 4.1), sie habe den Zusammenstoss zwischen dem Versicherten und dem Gegenspieler beobachtet. Der Versicherte sei zusammengesackt und länger am Boden liegen geblieben. Er habe sich vor Schmerz gewunden und später angegeben, der Gegner habe ihn mit dem Knie im Hüftbereich gerammt. Damit sei eindeutig von einem Unfallereignis auszugehen. Die früheren Behandlungen seien irrelevant, weil es sich dabei um Muskelfaserrisse beziehungsweise Muskelzerrungen gehandelt habe. Trotz der engmaschigen Begleitung durch Ärzte und Physiotherapeuten sei nie ein Anzeichen für eine krankhafte Veränderung der Hüfte festgestellt worden. Der Beschwerdeantwort lag ein Schreiben der Rechtsdienstmitarbeiterin und der Rechtsdienstleiterin der Beschwerdegegnerin an den Rechtsdienstmitarbeiter der Beschwerdeführerin vom 27. August 2020 bei (act. G 4.2). Darin war festgehalten worden, dass „nach Überprüfung der beiden Darstellungen und sorgfältigem Studium der Akten [...] keine Anhaltspunkte für einen Vorsatz zum Versicherungsbetrug (bzw. zur Anstiftung dazu)“ hätten festgestellt werden können, weshalb von einer Strafanzeige gegen die Sachbearbeiterin der Beschwerdeführerin abgesehen werde. Man entschuldige sich hiermit „für den verursachten Schreckensmoment“. Die Beschwerdeführerin hielt am 3. November 2020 an ihrem Antrag fest (act. G 8). Sie hielt fest, sie habe sich das im Art. 49 Abs. 4 ATSG vorgesehene Recht herausgenommen, die Verfügung vom 13. Mai 2020 anzufechten. Das sei bei der Beschwerdegegnerin offenbar „derart schlecht angekommen“, dass diese sich veranlasst gesehen habe, eine schriftliche Abmahnung mit der Androhung einer Strafanzeige zu versenden. Nach einer telefonischen Besprechung habe sie „eine halbherzige Entschuldigung“ an die „zu Unrecht schwer beschuldigte“ Sachbearbeiterin verfasst. Das Verhalten der Beschwerdegegnerin sei nicht nur inakzeptabel, sondern „absolut einzigartig“, weshalb sich die Beschwerdeführerin genötigt sehe, dazu Stellung zu nehmen. Dass die Beschwerdegegnerin in einem laufenden Beschwerdeverfahren „eine Drohkulisse aufbaut“, müsse als ein „ungeheuerliches Fehlverhalten“ taxiert werden. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin erhebliche Anstrengungen unternommen habe, um zu Sachverhaltsdarstellungen zu gelangen, die gegen ihre eigene Leistungspflicht sprächen, während sie gleichzeitig der Beschwerdeführerin den Vorwurf gemacht habe, diese habe nur ein Interesse daran, den Vorfall aus eigenen Interessen nicht als Unfall darzustellen, berühre „eher peinlich“. Die Schilderung der Mutter des Versicherten sei schon deshalb unglaubwürdig, weil sich diese bis dato geweigert habe, den Hergang schriftlich zu beschreiben und unterschriftlich zu bestätigen. Die von der Beschwerdegegnerin erhältlich gemachten Angaben der Lehrperson seien mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet. Zur vollständigen Sachverhaltsabklärung müssten der Versicherte selbst und die Lehrperson als Zeugen befragt werden. Die medizinischen Akten sprächen jedoch klar für eine krankheitsbedingte Genese. Zwischenzeitlich habe sich ein weiterer Vorfall ereignet: Der Versicherte sei am 31. August 2020 notfallmässig in das Ostschweizer Kinderspital

eingetreten, wo eine Epiphyseolysis femoris capitis links diagnostiziert worden sei. Als Eintrittsgrund sei ein Unfall erwähnt worden, aber die Mutter des Versicherten habe – trotz telefonischer Zusicherung – bis dato keine Unfallanzeige ausgefüllt, sodass nicht bekannt sei, ob sich wirklich ein Unfall ereignet habe. Diese neue, den Gegenstand des Beschwerdeverfahrens nicht direkt betreffende Entwicklung zeige einerseits die Unzuverlässigkeit der Eltern des Versicherten; andererseits spreche der Umstand, dass der Versicherte nun auch auf der anderen Seite eine Epiphyseolysis femoris capitis erlitten habe, für eine entsprechende Veranlagung. Mit einer Duplik vom 11. Februar 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest (act. G 16). Sie führte aus, die Darstellung der Beschwerdeführerin zur schriftlichen Abmahnung sei nicht in allen Punkten korrekt. Die Beschwerdegegnerin habe mit dem Versand der Abmahnung bis zum Eintritt der formellen Rechtskraft der Verfügung vom 13. Mai 2020 zuwarten wollen. Zudem habe sie gegenüber dem Gericht „immer alles transparent kommuniziert“. Die Nichtannahme der Entschuldigung sei bedauerlich und werde zur Kenntnis genommen. Vom „im gegenseitigen Respekt und wertschätzenden Umgang“, den die Beschwerdeführerin „von anderen verlangt“, sei in der Replik nicht allzu viel zu erkennen. Die Beschwerdegegnerin habe ergebnisoffene Sachverhaltsabklärungen getätigt. Die Aussagen der Kindsmutter und der Sportlehrerin stimmten überein; die Beschwerdegegnerin habe keinen Grund, daran zu zweifeln. Den medizinischen Berichten lasse sich entnehmen, dass der Zustand der linken Hüfte stets unauffällig gewesen sei. Erst bei einem Treppensturz mit einer Verdrehung des Beins sei es zu einer traumatisch bedingten Epiphyseolysis femoris capitis links gekommen. Erwägungen Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens beschränkt sich auf die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit. Auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin in deren Replik zum von der Beschwerdeführerin als inakzeptabel qualifizierten Verhalten der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit einem Abmahnungsschreiben und der Androhung einer Strafanzeige wegen versuchten Versicherungs Betrugs respektive versuchter Anstiftung zum Versicherungsbruch ist deshalb nicht einzugehen. Mit der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2020 hat die Beschwerdegegnerin ein Begehren um medizinische Massnahmen gestützt auf den Art. 12 IVG abgewiesen. Da dieses Beschwerdeverfahren die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit bezweckt, hat es sich auf die Frage zu beschränken, ob die Voraussetzungen für medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 12 IVG im Zusammenhang mit einer im April 2018 eingetretenen Epiphyseolysis femoris capitis rechts erfüllt gewesen sind. Die Beschwerdegegnerin hat weitere Sachverhaltsabklärungen getätigt, nachdem die Beschwerdeführerin verschiedene Einwände gegen den Vorbescheid vom 5. August 2019 vorgebracht hatte. Vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung hätte sie die Beschwerdeführerin über das Ergebnis dieser Sachverhaltsabklärungen und über den vorgesehenen Entscheid in Kenntnis setzen und ihr die Gelegenheit zur Stellungnahme einräumen müssen (vgl. etwa das Urteil des Versicherungsgerichtes IV 2018/23 vom 27. Juli 2020, E. 1, mit Hinweisen). Da sie dies nicht getan hat, ist die angefochtene Verfügung in Verletzung der Vorbescheidspflicht (Art. 57a IVG), allenfalls der Pflicht zur Gewährung des rechtlichen Gehörs (Art. 42 Abs. 1 ATSG), ergangen, weshalb sie an sich als rechtswidrig aufgehoben werden müsste. Rechtsprechungsgemäss kann ein Beschwerdeführer aber wegen seines Interesses an einer raschen materiellen Entscheidung verlangen, dass von einer Rückweisung zur Behebung einer formalen Rechtswidrigkeit abgesehen und direkt materiell entschieden werde. Dies wird missverständlich als „Heilung“ der formalen Rechtswidrigkeit bezeichnet, obwohl diese gerade nicht „geheilt“,

sondern einfach ignoriert wird. Die Beschwerdeführerin ist als Sozialversicherungsträger bestens mit dem Verfahrensrecht in der Sozialversicherung vertraut, weshalb ihr hat bewusst sein müssen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Vorbescheidspflicht verletzt hat. Trotzdem ist sie mit keinem Wort auf diese formale Rechtswidrigkeit eingegangen. Ihre Ausführungen sind ausschliesslich materiellen Inhaltes gewesen und ihre Anträge haben auf einen materiellen Entscheid abgezielt, womit sie eindeutig zum Ausdruck gebracht hat, dass sie eine rasche materielle Entscheidung einer formal korrekten Entscheidung vorzieht. Die Verletzung der Vorbescheidspflicht ist deshalb zu ignorieren (bzw. zu „heilen“). Gemäss dem Art. 64 Abs. 2 ATSG geht in Bezug auf Heilbehandlungen koordinationsrechtlich die Leistungspflicht der Unfallversicherung jener der Invalidenversicherung und jene wiederum der Leistungspflicht der Krankenversicherung vor. Damit stellt sich die Frage, was unter dem Begriff „Unfallversicherung“ in der lit. b ATSG zu verstehen ist. Nach der Auffassung des Bundesgerichtes ist damit nicht der Sozialversicherungszweig der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, sondern die Leistungspflicht für jede medizinische Massnahme gemeint, die bei einer unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung notwendig ist. Die Materialien zeigen aber klar, dass der historische Gesetzgeber die Sozialversicherungszweige und nicht die Ursache einer behandlungsbedürftigen Gesundheitsbeeinträchtigung gemeint hat (vgl. den Bericht und Entwurf zum ATSG der Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung, Sonderdruck 1984, S. 79, zu Art. 70 E-ATSG, und den Bericht der Kommission des Ständerates zur Parlamentarischen Initiative Allgemeine Teil Sozialversicherung vom 27. September 1990, Sonderdruck, S. 265, wo die Rede von „Systemen“ ist). Die historische Auslegung spricht deshalb für die Interpretation des Art. 64 Abs. 2 ATSG als einer Rangordnung von Sozialversicherungszweigen. Die grammatikalische Auslegung führt zum selben Ergebnis (vgl. den Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999, S. 108 f.), zumal es sinnlos wäre, die Militärversicherung zu erwähnen, wenn es nicht um Sozialversicherungszweige, sondern um die Art einer behandlungsbedürftigen Gesundheitsbeeinträchtigung ginge, weil es keine Gesundheitsbeeinträchtigung „Militärdienst“ gibt. Aus teleologischer Sicht ist zu berücksichtigen, dass die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung nicht der Heilung, sondern der erwerblichen Eingliederung dienen. Es wäre nicht einzusehen, weshalb eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die die spätere Erwerbsfähigkeit gefährden würde, (IV-fiktiv) unbehandelt bleiben müsste, nur weil sie ihre Ursache in einem Unfall fände. Das hätte nämlich zur Folge, dass die Invalidenversicherung nur jene Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund einer Gefährdung der zukünftigen Erwerbsfähigkeit behandeln lassen könnte, die auf eine Krankheit zurückzuführen wären, das heisst die Invalidenversicherung müsste (IV-fiktiv) einfach zusehen, wie eine unfallbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung später zu einer Rente führen würde. Der Art. 64 Abs. 2 ATSG würde also in die IV-spezifische Definition der Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG eingreifen, wenn er sich nicht auf die Sozialversicherungszweige, sondern auf die Ursache einer Gesundheitsbeeinträchtigung beziehen würde, was systematisch (der Art. 64 ATSG ist nur eine Koordinationsregel) unhaltbar wäre und gemäss der Einleitung des Art. 64 Abs. 2 ATSG gar nicht gewollt sein kann. Also spricht auch die systematische Auslegung gegen die Auffassung des Bundesgerichtes. Bei richtiger Auslegung kann der Art. 64 Abs. 2 ATSG folglich nur Sozialversicherungszweige meinen. Der Versicherte ist nicht obligatorisch unfallversichert im Sinne des UVG gewesen; die Abdeckung des

Unfallrisikos ist bei ihm in Anwendung des Art. 8 KVG in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingeschlossen gewesen, was bedeutet, dass er unabhängig von der Ursache einer Gesundheitsbeeinträchtigung (Krankheit, Unfall oder unfallähnliche Körperschädigung) zum Vorneherein nur einen Anspruch auf eine Heilbehandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Massgabe des KVG gehabt hätte, wenn man die allfällige Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausklammern würde. Eine Leistungspflicht des Sozialversicherungszweiges „Unfallversicherung“ im Sinne der lit. b des Art. 64 Abs. 2 ATSG hat damit ebenso wenig in Frage kommen können wie eine Leistungspflicht des Sozialversicherungszweiges „Militärversicherung“ im Sinne der lit. a des Art. 64 Abs. 2 ATSG. Koordinationsrechtlich hat also nur eine Anspruchskonkurrenz bezüglich der Heilbehandlung zwischen den Sozialversicherungszweigen „Invalidenversicherung“ (lit. c) und „Krankenversicherung“ (lit. d) bestehen können, wobei es unerheblich gewesen ist, ob der Versicherte einen Unfall erlitten oder sich eine unfallähnliche Körperschädigung zugezogen hat. Für die Beschwerdeführerin ist es aufgrund des gesetzlichen Einschlusses des Unfallrisikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung irrelevant gewesen, was die Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigung gewesen ist, denn wenn die Unfalldefinition des Art. 4 ATSG nicht erfüllt wäre, läge eine Krankheit im Sinne des Art. 3 ATSG vor. Die Regelung des KVG ist folglich als umfassend zu verstehen: Jede Gesundheitsbeeinträchtigung führt zu einem Leistungsanspruch. Die Unterscheidung zwischen Unfall und Krankheit ist aus der Sicht des Leistungsanspruchs irrelevant. Es wäre planwidrig, wenn eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen wäre, keinen Leistungsanspruch gegenüber der Beschwerdeführerin auslösen würde, nur weil diese weder eine Krankheit noch ein Unfall ist. Zusammenfassend geht eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin der Leistungspflicht der Beschwerdeführerin gestützt auf den Art. 64 Abs. 2 ATSG aus koordinationsrechtlicher Sicht in jedem Fall vor, weshalb entscheidend ist, ob die Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 Abs. 1 IVG erfüllt gewesen sind. Laut dem Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Die für die Begründung eines solchen Anspruchs notwendige Invalidität gilt gemäss der im Art. 4 Abs. 2 IVG enthaltenen Regel als eingetreten, wenn sie die für diesen Anspruch erforderliche Art und Schwere erreicht hat. In der Rechtsprechung wird zur Umschreibung dieser Regel der Begriff der leistungsspezifischen Invalidität verwendet, der zum Ausdruck bringen soll, dass für jede einzelne Versicherungsleistung ein je eigener Invaliditätsbegriff massgebend ist (vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 4 N 135 ff.). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Art. 12 IVG einen anderen versicherten Schaden als beispielsweise der Art. 28 IVG (Rente) oder der Art. 42 IVG (Hilflosenentschädigung) abdeckt. Die für die Anwendung des Art. 12 IVG leistungsspezifische Invalidität besteht nicht in einem Verlust der Erwerbsfähigkeit (vgl. Art. 28 IVG) oder in einer Unfähigkeit, selbständig zu leben (vgl. Art. 42 IVG), sondern in einer Beeinträchtigung der zukünftigen Erwerbsfähigkeit, also unter anderem der beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten. Der Art. 12 IVG bezweckt die Erhaltung der Fähigkeit, jeden gewünschten und den eigenen Fähigkeiten entsprechenden Beruf zu erlernen, ohne in der Berufswahl durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung eingeschränkt zu

sein. Die leistungsspezifische Invalidität besteht in einer Gesundheitsbeeinträchtigung, die diese freie Berufswahl später wahrscheinlich einschränken würde. Zusammenfassend hat die Invalidenversicherung in Anwendung des Art. 12 IVG die Kosten jener medizinischen Massnahmen zu tragen, die auf eine Beseitigung oder wenigstens auf eine Minimierung von gebrechensbedingten Einschränkungen bei der Berufswahl oder bei der Ausbildung abzielen. Ohne eine medizinische Behandlung hätte die Epiphyseolysis femoris capitis links zu einer bleibenden Hüftfehlstellung führen können. Folglich hat die Gefahr bestanden, dass ohne eine Behandlung „eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden“ (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 12 N 33, mit zahlreichen Hinweisen). Im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat die Behandlung der Epiphyseolysis femoris capitis rechts deshalb nicht der Behandlung des Leidens an sich (genauer: der Behandlung einer Gesundheitsbeeinträchtigung, die nicht geeignet wäre, die zukünftige Erwerbsfähigkeit zu gefährden), sondern der (späteren) Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben geführt, weshalb die Kosten der medizinischen Behandlung in Anwendung des Art. 12 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die Kosten der Heilbehandlung betreffend die Epiphyseolysis femoris capitis rechts zu vergüten. Die Sache wird zur Prüfung und Vergütung der entsprechenden Forderungen der medizinischen Leistungserbringer an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2020 wird aufgehoben und dem Versicherten wird die Heilbehandlung der Epiphyseolysis femoris capitis rechts zulasten der Beschwerdegegnerin zugesprochen; die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Das Begehren der Beschwerdeführerin um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

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