

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicurances

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
I 372/05

Urteil vom 12. Januar 2006
I. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichterin Widmer, Bundesrichter Lustenberger, Borella und Kernen;
Gerichtsschreiber Hadorn

Parteien
IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St. Gallen, Beschwerdeführerin,

gegen

1. SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
2. D._____, 1990, vertreten durch F._____,
Beschwerdegegnerinnen

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, St. Gallen

(Entscheid vom 3. Mai 2005)

Sachverhalt:

A.

Mit Verfügung vom 9. Februar 2004 lehnte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen ein Gesuch von D._____ (geb. 1990) um medizinische Massnahmen zur Behandlung eines Psychoorganischen Syndroms (POS) ab. Nach einer telefonischen Intervention von Dr. med. J._____, Spezialarzt FMH für Kinder und Jugendliche, sprach die IV-Stelle D._____ am 18. Februar 2004 für die Zeitspanne vom 28. Februar 2004 bis 28. Februar 2006 ambulante Psychotherapie nach ärztlicher Verordnung zu. Die von der SWICA Krankenversicherung AG, Krankenkasse von D._____, dagegen erhobene Einsprache, mit welcher sie die Übernahme der Psychotherapie bereits ab 28. Februar 2003 verlangte, wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 30. April 2004 ab.

B.

Die hiegegen eingereichte Beschwerde der SWICA hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 3. Mai 2005 gut. Es verpflichtete die IV-Stelle, die Psychotherapie ab 28. Februar 2003 als medizinische Massnahme zu übernehmen.

C.

Die IV-Stelle führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, der kantonale Entscheid sei aufzuheben.

Die SWICA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Sozialversicherung und D._____ auf eine Vernehmlassung verzichten.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das kantonale Gericht hat die gesetzlichen Bestimmungen zum Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung im Allgemeinen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG, Art. 12 Abs. 1 IVG) und bei Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr im Speziellen (Art. 8 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 IVG), die Verwaltungsweisungen im Zusammenhang mit der Übernahme von Psychotherapien (Randziffer 645-647 / 845-847 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherung über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen [KSME]) sowie die hiezu ergangene Rechtsprechung (BGE 105 V 20) richtig dargelegt. Darauf wird verwiesen.

2.

Die Invalidenversicherung übernahm die Psychotherapie ab 28. Februar 2004 bis vorerst 28. Februar 2006. Die Krankenkasse verlangte statt dessen, dass diese Behandlung ab deren Beginn, d.h. bereits ab 28. Februar 2003 übernommen werde. Hiegegen wendete die Verwaltung ein, gemäss Randziffer 645-647 / 845-847.5 KSME sei ein Wartejahr vorgesehen, ehe die Leistungspflicht der Invalidenversicherung beginne. Dieses Wartejahr beurteilte die Vorinstanz im angefochtenen Entscheid als gesetzwidrig. Dagegen wendet sich die IV-Stelle. Der Streit dreht sich somit nicht um den Anspruch auf medizinische Massnahmen an sich, sondern um die Frage, ob das genannte Wartejahr gesetzmässig sei.

2.1 Die umstrittene Randziffer 645-647 / 845-847.5 KSME lautet wie folgt:

"Die Voraussetzungen zur Kostenübernahme sind in folgenden Fällen gegeben:

- bei schweren erworbenen psychischen Leiden, sofern nach intensiver fachgerechter Behandlung von einem Jahr Dauer keine genügende Besserung erzielt wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung bei einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werden kann. Dauer und Intensität der Behandlung müssen durch Berichte, Arztrechnung und dergl. belegt sein. Die Kostenübernahme erfolgt ab 2. Behandlungsjahr. Die Psychotherapie ist dabei jeweils für maximal zwei Jahre zu verfügen.

Psychotherapeutische Massnahmen gehen nicht zu Lasten der Invalidenversicherung, wenn die Prognose unbestimmt ist und/oder die Behandlung eine medizinische Vorkehr von zeitlich unbegrenzter Dauer darstellt."

2.2 Verwaltungsweisungen richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 130 V 172 Erw. 4.3.1, 232 Erw. 2.1, 129 V 204 Erw. 3.2, 127 V 61 Erw. 3a, 126 V 68 Erw. 4b, 427 Erw. 5a).

2.3 Die Vorinstanz erwog, für das umstrittene Wartejahr fehle eine gesetzliche Grundlage. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen beginne, sobald solche im Hinblick auf das Alter und den Gesundheitszustand der versicherten Person angezeigt seien. Zwar räume Art. 12 Abs. 2 IVG dem Bundesrat die Kompetenz ein, zum Zweck der Abgrenzung von medizinischen Massnahmen, die der Behandlung des Leidens an sich dienen, den Beginn des Anspruchs zu regeln. Bei Versicherten vor vollendetem 20. Altersjahr seien medizinische Massnahmen indessen zu übernehmen, wenn sie überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen. Dies gelte selbst dann, wenn es um Behandlungen des Leidens an sich gehe. Daher bestehe kein Abgrenzungsbedarf mittels einer Wartezeitregelung.

2.4 Die IV-Stelle macht geltend, die Behandlung von Gesundheitsschädigungen als Folgen von Unfällen oder Krankheiten gehöre grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Unfall- bzw. Krankenversicherung. Die Invalidenversicherung könne medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG nur dann übernehmen, wenn ein stabilisierter Defektzustand vorliege. Personen vor vollendetem 20. Altersjahr hätten indessen Anspruch auf alle zur Behandlung notwendigen medizinischen Massnahmen, also auch von solchen zur Behandlung des Leidens an sich. Bei erworbenen psychischen Leiden übernehme die Invalidenversicherung die Kosten der Therapie, wenn nach intensiver fachgerechter Behandlung während eines Jahres keine genügende Besserung erzielt worden sei und bei einer weiteren Behandlung erwartet werden dürfe, dass der drohende Defekt sich mit seinen Auswirkungen auf Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindern lasse. Die Wartezeit von einem Jahr rechtfertige sich, da nur bei Vorliegen einer Invalidität Ansprüche gegen die Invalidenversicherung beständen. Eine solche sei aber nicht schon zu Beginn einer Behandlung ausgewiesen, sondern erst nach einer gewissen Wartezeit, weshalb das hier umstrittene Wartejahr in Ordnung gehe.

Das IVG sehe auch bei der Invalidenrente eine Wartezeit von einem Jahr ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vor, ehe der Rentenanspruch beginne. Vor dem Vorliegen einer Invalidität könnten keine Leistungen der Invalidenversicherung zugesprochen werden. Deren Anerkennung setze eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit voraus (Art. 7 und 8 ATSG). Erworbene psychische Leiden begründeten keine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit. Zur Erfüllung des Invaliditätsbegriffes müsse daher eine länger dauernde Erwerbsunfähigkeit vorliegen. Eine solche sei erst nach einer einjährigen Behandlungsdauer ausgewiesen.

2.5 Hiegegen wendet die SWICA ein, bei medizinischen Massnahmen rechtfertige sich kein Wartejahr. Ein solches sei in den gesetzlichen Grundlagen denn auch nicht vorgesehen. Massgebend für die Übernahme psychischer Behandlungen durch die Invalidenversicherung sei, ob im konkreten

Einzelfall eine günstige Prognose gestellt werden könne. Ein Wartejahr analog zum Rentenbeginn sei bei Eingliederungsmassnahmen sachlich nicht gerechtfertigt. Solche Massnahmen bezweckten eben gerade, den Eintritt einer Invalidität zu verhindern und ertrügen daher keinen Aufschub.

2.6 In BGE 105 V 20 erwog das Eidgenössische Versicherungsgericht, dass die Voraussetzungen für die Gewährung von medizinischen Massnahmen an Minderjährige nach der Verwaltungspraxis unter anderem bei schweren psychischen Leiden erfüllt sind, sofern nach intensiver, fachgerechter Behandlung von 360 Tagen Dauer keine genügende Besserung erzielt wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung von einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass sich der drohende Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindern lässt. Dazu verwies das Gericht auf die damals gültig gewesenen Verwaltungsweisungen und bezeichnete die soeben geschilderte Verwaltungspraxis als gesetzeskonform. Die heutige Randziffer 645-647 / 845-847.5 KSME lautet bis auf ein redaktionelles Detail wörtlich gleich: Die Dauer von 360 Tagen wurde durch ein Jahr ersetzt. Sie enthält überdies folgende Ergänzung: "Die Kostenübernahme erfolgt ab 2. Behandlungsjahr. Die Psychotherapie ist dabei jeweils für maximal 2 Jahre zu verfügen."

2.7 Eine Begründung zum Sinn des Wartejahres oder zu dessen Gesetzeskonformität enthält BGE 105 V 20 nicht. Im Urteil Z. vom 23. September 2004 (I 23/04), Erw. 5.3., liess das Gericht die Gesetzmässigkeit des als "Karenzjahr" bezeichneten Wartejahres offen. In AHI 2000 S. 65 Erw. 1 (Urteil M. vom 2. November 1999, I 181/99) wurde die erwähnte Randziffer des KSME und das Wartejahr zitiert, ohne auf die Gesetzmässigkeit näher einzugehen.

2.8 Sinn und Zweck der Randziffer 645-647 / 845-847.5 KSME ist, entsprechend der ratio legis (Art. 12 IVG) den Umfang der Leistungspflicht der Invalidenversicherung möglichst genau zu umschreiben und vom Bereich der Krankenversicherung abzugrenzen. Die Invalidenversicherung soll nur für diejenigen Versicherten Leistungen erbringen, welche die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, während die übrigen Fälle der Krankenversicherung vorbehalten bleiben. Dabei ist der der Invalidenversicherung zugedachte Bereich bei Personen vor vollendetem 20. Altersjahr weiter gefasst als bei solchen nach dem 20. Altersjahr. Ob ein psychisches Leiden unter Art. 12 IVG fällt, ist nicht ohne weiteres bei der ersten ärztlichen Behandlung erkennbar. Insofern macht eine Beobachtungsperiode von einem Jahr durchaus Sinn. Heilt das psychische Leiden in dieser Zeitspanne, war es nicht derart schwer wiegend, dass es zu einem stabilisierten Defekt hätte führen können. In diesen Fällen besteht in der Regel keine Gefahr einer verunmöglichten oder erschwerten beruflichen Eingliederung. Solchen psychischen Leiden kommt vielmehr der Charakter einer Krankheit zu, welche innert nützlicher Zeit abheilt und keine beruflich relevanten Folgen hinterlässt. Diese Fälle gehören zum Leistungsbereich der Krankenversicherung, da es dabei einzig um die Behandlung des Leidens an sich geht. Dauert das Leiden hingegen auch nach einem Jahr noch an, wächst die Gefahr von negativen Auswirkungen auf die berufliche Zukunft. Unter solchen Umständen kann Art. 12 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG zum Zuge kommen. Da der Übergang der Leistungspflicht von der Kranken- zur Invalidenversicherung nicht immer schon von Anfang an klar feststellbar ist, rechtfertigt es sich, mit dem Kriterium des Karenzjahres eine einfache Handhabe zur Abgrenzung der Leistungspflicht der beiden Versicherungen zu schaffen. Entgegen den Ausführungen der Vorinstanz haben auch bei Jugendlichen nicht alle medizinischen Massnahmen automatisch Eingliederungscharakter und sind von der Invalidenversicherung zu übernehmen. Keinen solchen Charakter haben beispielsweise Leiden, bei welchen keine günstige Prognose gestellt werden kann und eine langdauernde Behandlung zu erwarten ist (Urteil W. vom 10. Oktober 2005, I 256/05, erwähntes Urteil Z.). Aber auch kurze, vorübergehende Leiden erfüllen das Erfordernis einer Beeinträchtigung der beruflichen Eingliederung nicht. Daher besteht auch bei Eingliederungsmassnahmen für Jugendliche sehr wohl

ein Bedarf nach Abgrenzung zwischen den Bereichen der Invaliden- und der Krankenversicherung. Das streitige Karenzjahr ist eine Lösung, welche den umschriebenen sachlichen Problemen gerecht zu werden vermag. Nach einem Jahr Behandlung steht fest, ob das Leiden die erforderliche Schwere aufweist, um die berufliche Eingliederung zu gefährden. Ab diesem Zeitpunkt ist daher die Invalidenversicherung zuständig, sofern die übrigen Voraussetzungen, wie günstige Prognose und absehbares Ende der Therapie, erfüllt sind. Es besteht kein Anlass, die schon in BGE 105 V 20 bejahte Gesetzmässigkeit dieser Verwaltungspraxis in Frage zu stellen.

2.9 Zusammenfassend ergibt sich, dass die streitige Karenzzeit von einem Jahr Sinn macht, in der normativen Ordnung abgestützt ist und sich als gesetzeskonform erweist. Demnach ist der kantonale Entscheid aufzuheben.

3.

3.1 Nach Art. 134 OG darf das Eidgenössische Versicherungsgericht im Beschwerdeverfahren über die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen den Parteien in der Regel keine Verfahrenskosten auferlegen. Diese Bestimmung wurde vom Gesetzgeber vor allem im Interesse der versicherten Personen geschaffen, die mit einem Sozialversicherer im Streit stehen. Nach der

Rechtsprechung gilt der Grundsatz der Unentgeltlichkeit des Verfahrens vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht für den Fall, dass sich zwei Unfallversicherer (BGE 120 V 494 Erw. 3), ein Kranken- und ein Unfallversicherer (BGE 126 V 192 Erw. 6), die Invalidenversicherung und ein Unfallversicherer (AHI 2000 S. 206 Erw. 2 [Urteil C. vom 11. Mai 1998, I 206/97]) oder - wie vorliegend - die Invalidenversicherung und ein Krankenversicherer (Urteil L. vom 28. November 2002, I 92/02) über ihre Leistungspflicht für einen gemeinsamen Versicherten streiten. Folglich hat die unterliegende Partei die Gerichtskosten zu tragen (Art. 156 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 135 OG).

3.2 Eine Parteienschädigung wird nicht zugesprochen, weil die obsiegende Beschwerdeführerin eine öffentlich-rechtliche Aufgabe im Sinne von Art. 159 Abs. 2 OG wahrnimmt und die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Zusprechung einer Entschädigung nicht gegeben sind (BGE 123 V 309 Erw. 10).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2005 aufgehoben.

2.

Die Gerichtskosten von total Fr. 3000.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 6000.- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 12. Januar 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der I. Kammer: Der Gerichtsschreiber: