



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 3. Februar 2017 (720 16 177)

Invalidenversicherung

Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht zu Recht vom 1. August 2013 bis 31. Dezember 2017 bejaht. Ein darüber hinausgehender Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rückerstattung ihrer Vorleistungen besteht nicht. Die Beschwerde wird abgewiesen.

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiber Robin Eschbach

_____ Parteien **SWICA Krankenversicherung AG**, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur, Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

_____ Beigeladener A._____, vertreten durch B.____ und C._____

_____ Betreff Medizinische Massnahmen betr. A._____

A. Der am 19. August 2011 geborene A._____ wurde am 9. Dezember 2012 in D._____ aufgrund einer Hypospadie (angeborene Entwicklungsstörung der Harnröhre) behandelt. Seine

Eltern, B.____ und C.____, ersuchten daraufhin die SWICA Krankenversicherung AG (SWICA) um Kostengutsprache für die medizinische Behandlung von A.____, welche SWICA gewährte. Am 7. August 2014 wurde die Anmeldung des Geburtsgebrechens bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVST) vorgenommen. Mit Schreiben vom 3. September 2014 teilte die IVST mit, die Anmeldung sei zu spät erfolgt, weshalb gestützt auf Art. 48 Abs. 1 IVG keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung für die Operation vom 9. Dezember 2012 bestehe. SWICA verwies mit Schreiben vom 15. Oktober 2014 auf die Tatsache, dass sie als anmeldeberechtigte Krankenversicherung erstmals mit Abrechnung vom 3. Februar 2014 Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt erhalten habe, weshalb die Anmeldung vom 12. August 2014 noch innerhalb der Jahresfrist eingereicht worden sei. Mit Mitteilung vom 29. April 2015 übernahm die IV-Stelle die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 352 und erteilte Kostengutsprache für medizinische Massnahmen vom 1. August 2013 bis 31. Dezember 2017. Daraufhin ersuchte SWICA die IV-Stelle darum, den Mitteilungsbeginn auf den 9. Dezember 2012 anzupassen. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) hielt schliesslich mit Verfügung vom 17. Mai 2016 an ihrer Mitteilung vom 29. April 2015 fest. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, es sei massgebend, wann die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter vom anspruchsbegründenden Sachverhalt Kenntnis erhalten habe, dagegen sei unbeachtlich, wenn die Krankenversicherung erst später von dieser Behandlung erfahren habe.

B. Hiergegen erhob SWICA am 2. Juni 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 17. Mai 2016 sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihre Leistungspflicht bereits ab 9. Dezember 2012 zu anerkennen und SWICA die erbrachten Vorleistungen zu erstatten; unter o/e- Kostenfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Juni 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 23. Juni 2016 wurde A.____, vertreten durch seine Eltern, B.____ und C.____, zum Verfahren beigelegt.

E. Am 20. August 2016 nahm der Beigeladene zur Vernehmlassung der IV-Stelle vom 22. Juni 2016 Stellung. Die Beschwerdeführerin verzichtete mit Eingabe vom 23. August 2016 auf eine Stellungnahme. Mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 31. August 2016 nahm diese erneut zum Verfahren Stellung.

F. Mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 8. September 2016 wurde der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Dabei wolle sie insbesondere zur Frage einer allfälligen Doppelversicherung sowie zur Frage einer bereits bestehenden Versicherungsdeckung durch E.____ Stellung beziehen. Die Beschwerdeführerin nahm daraufhin mit Eingabe vom 14. September 2016 Stellung. Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Eingabe vom 20. September 2016, dass sie auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme verzichte und verwies auf die angefochtene Verfügung vom 17. Mai 2016 sowie ihre Eingaben vom 22. Juni 2016 und 31. August 2016.

G. Der Beigeladene liess sich mit Eingabe vom 5. Oktober 2016 erneut zum Verfahren vernehmen. Mit Schreiben vom 11. Oktober 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme. Die Beschwerdeführerin nahm schliesslich mit Schreiben vom 19. Oktober 2016 erneut zum Verfahren Stellung.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidiierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.- durch Präsidialentscheid. Dieser Streitwert ist im vorliegenden Fall mit der beantragten Übernahme der Behandlungskosten in der Höhe von Fr. 8'506.05 unterschritten, weshalb die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 ist einzutreten.

2.1 Strittig und zu prüfen ist, ab welchem Zeitpunkt die Kosten für die medizinische Behandlung des Geburtsgebrechens von A._____ von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen und der Beschwerdeführerin ihre Vorleistungen zurückzuerstatten sind.

2.2 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden (Art. 13 Abs. 2 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen [GgV] vom 9. Dezember 1985). Die im Anhang zur GgV enthaltene Liste der Geburtsgebrechen ist abschliessend. Nur das Eidgenössische Departement des Innern kann eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in der Liste enthalten sind, als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG bezeichnen. Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur GgV aufgeführt. Der Anspruch beginnt gemäss Art. 2 Abs. 1 GgV mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung des Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Gemäss GgV-Anhang Ziff. 352 wird eine Hypospadie als Geburtsgebrechen angesehen. Vorliegend wird von den Parteien zu Recht weder bestritten, dass der Beigeladene unter einer Hypospadie leidet, noch dass es sich dabei um ein Geburtsgebrechen handeln würde. Mit den Parteien ist festzustellen, dass der Beigeladene unter einem Geburtsgebrechen im Sinne von Nr. 352 Anhang GgV leidet.

2.3 Das Erlöschen der Leistungsansprüche ist in Art. 24 ATSG geregelt. Der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für wel-

chen die Leistung, und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war. Eine davon abweichende Regelung ist in Art. 48 Abs. 1 IVG enthalten. Gemäss dieser wird die Leistung in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen, wenn eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend macht. Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und sie den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht (vgl. Art. 48 Abs. 2 lit. a und b IVG). Unter dem anspruchsbegründenden Sachverhalt ist der körperliche, geistige oder psychische Gesundheitsschaden zu verstehen, der einen Leistungsanspruch zur Folge hat. Mit der Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts ist nicht das subjektive Einsichtsvermögen der versicherten Person gemeint, sondern es geht nach dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 lit. a IVG vielmehr darum, ob der anspruchsbegründende Sachverhalt objektiv feststellbar ist oder nicht (BGE 120 V 89 E. 4b S. 94; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2013, 9C_336/2012, E. 4.2). Dabei kommt es allein auf die Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts, also auf die Kenntnis des entsprechenden Gesundheitszustandes und nicht etwa darauf an, ob sich daraus ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ableiten lässt (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG]; heute: Bundesgericht) vom 20. August 2002, I 199/02, E. 2.2). Dass ein objektiv gegebener anspruchsbegründender Sachverhalt nicht erkennbar gewesen ist oder dass die versicherte Person trotz entsprechender Kenntnis krankheitsbedingt daran gehindert wurde, sich anzumelden oder jemanden mit der Anmeldung zu betrauen, wird von der Rechtsprechung nur sehr zurückhaltend angenommen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2013, 9C_336/2012, E. 4.2).

2.4 Art. 70 Abs. 1 ATSG sieht vor, dass die berechtigte Person Vorleistung verlangen kann, wenn ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründet, aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat. Die berechtigte Person hat sich gemäss Art. 70 Abs. 3 ATSG bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden. Art. 71 ATSG hält alsdann die Rückerstattung von Vorleistungen fest. Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten (vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, N 13 ff. zu Art. 71).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

3. Der rechtserhebliche Sachverhalt stellt sich dabei im vorliegenden Fall wie folgt dar:

3.1 Im Patientenbrief vom 7. Januar 2013, diktiert von Dr. F.____, Ärztin für Allgemeinmedizin, Spital G.____, wurde die Diagnose einer distalen penilen Hypospadie gestellt. Als Therapie wurde ein transglandulärer Urethaldurchzug, Laschendrainage aufgeführt. A.____ sei vom 9. Dezember 2012 bis 17. Dezember 2012 in der Kinder- und Jugendchirurgie in Behandlung gewesen. Die stationäre Aufnahme des kleinen Patienten sei am 9. Dezember 2012 zur geplanten operativen Sanierung einer distalen penilen Hypospadie erfolgt. Am 10. Dezember 2012 sei der Eingriff in ungestörter Allgemeinnarkose durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf habe sich, unter antibiotischer Abschirmung mit Unasyn/Cefepim i.v. und Refobacinsalbe lokal, komplikationslos gestaltet, sodass A.____ am 17. Dezember 2012 mit blanden Wundverhältnissen und problemloser Miktion in häusliche Pflege habe entlassen werden können.

3.2 E.____ erteilte in ihrem Schreiben vom 31. Januar 2013 Kostengutsprache für die Behandlung einer distalen Hypospadie vom 9. Dezember 2012 in der Höhe von Euro 10'633.70.

3.3 Gemäss Empfangsbestätigung der IV-Stelle vom 27. Januar 2015 wurde ihr die Anmeldung des Beigeladenen vom 7. August 2014 von der IVST, nach Wohnsitznahme im Kanton Baselland, weitergeleitet. Die IV-Stelle erteilte mit Verfügung vom 17. Mai 2016 Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 352 vom 1. August 2013 bis 31. Dezember 2017 und die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte in einfacher und zweckmässiger Ausführung. In ihrer Begründung führte sie im Wesentlichen Folgendes aus: Mache eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so werde die Leistung in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die deren Geltendmachung vorangehen (Art. 48 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG werde die Leistung für einen längeren Zeitraum als zwölf Monate nachgezahlt, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und den Anspruch spätestens zwölf Monate nach Kenntnis geltend mache. Vorliegend sei der Gesundheitsschaden spätestens am 9. Dezember 2012 (Beginn stationärer Aufenthalt zwecks operativer Sanierung der Hypospadie) bekannt gewesen. Dass die Krankenkasse erst später von diesen Behandlungen erfahren habe, respektive noch Abklärungen vornehmen müsse, vermöge keine weitergehende Nachzahlung als die unter Art. 48 Abs. 1 IVG festgehaltene zu begründen. Die Anmeldung für IV-Leistungen sei am 12. August 2014 bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland eingegangen. In der Folge könnten keine Leistungen vor dem August 2013 durch die IV übernommen werden.

3.4 Hiergegen erhob SWICA am 2. Juni 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht. In der Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, sie habe nach Erhalt der Rechnung vom 3. Februar 2014 für einen stationären Aufenthalt mit der Diagnose Hypospadie (Geburtsgebrecchen Nr. 352) und Durchführung von weiteren Abklärungen am 7. August 2014 die Anmeldung bei der Invalidenversicherung vorgenommen. Laut Bundesrecht habe der Träger, der Vorleistungen erbringt, ein eigenes Anmelde- und Beschwerderecht (BGE 135 V 106). Vorliegend sei SWICA als vorleistungs- und anmeldeberechtigte Person nicht bekannt gewesen, dass ein Geburtsgebrecchen vorliege und die Invalidenversicherung leistungspflichtig sei. Sie habe unbestrit-

tenermassen erst nach Eingang der Rechnung vom 3. Februar 2014 von der Behandlung und damit vom anspruchsbegründenden Sachverhalt (Geburtsgebrechen Nr. 352) Kenntnis erhalten und habe die Anmeldung am 7. August 2014 an die IV-Stelle veranlasst. Damit habe SWICA als vorleistungspflichtiger Träger, der vom anspruchsbegründenden Sachverhalt erst mehr als zwölf Monate später erfahren habe, ihre Anmeldung rechtzeitig vorgenommen und daher Anspruch auf Rückerstattung der Vorleistungen. Zudem habe das Bundesgericht festgestellt, dass eine unterlassene Anmeldung durch die versicherte Person nicht zu einem Rechtsverlust für den vorleistungspflichtigen Versicherungsträger führen dürfe. Gerade im vorliegenden Fall würde aber das Vorgehen der IV-Stelle dazu führen, dass die vorleistungspflichtige Krankenversicherung die Möglichkeit verliere, ihre Vorleistung vom primären Versicherungsträger zurückzuhalten, ohne selbst die Möglichkeit gehabt zu haben, rechtzeitig zu reagieren, (BGE 135 V 106). Dies würde das System aushebeln, wonach es nicht im Belieben der versicherten Person stehe, sich beim zuständigen Versicherungsträger anzumelden. Die Krankenversicherung, die ausschliesslich als subsidiär haftende Versicherung dastehe, würde immer zu spät kommen, wenn die versicherte Person nicht kooperiere und durch die Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht die Leistungen des primären Versicherungsträgers auf Kosten des nichtpflichtigen Versicherungsträgers verwirke. Das sei systemwidrig und stossend, würde es doch im Belieben der versicherten Person stehen, den primären Leistungsträger zulasten des Sekundären zu schonen. Dies sei weder vom Gesetzgeber noch der Rechtsprechung gewollt.

3.5 In ihrer Vernehmlassung vom 22. Juni 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Das von der Beschwerdeführerin wiederholt erwähnte Bundesgerichtsurteil (BGE 135 V 106) befasse sich einzig damit, ob der Kostenträger, der Vorleistungen erbringt, ein eigenes Anmelde- und Beschwerderecht habe. Dies werde jedoch seitens der IV-Stelle nicht bestritten, weshalb das Urteil nicht zur Klärung der eigentlich interessierenden Fragestellung, ob die Voraussetzungen von Art. 48 Abs. 2 IVG erfüllt sind, beitrage. Beim Geburtsgebrechen Nr. 352 handle es sich um eine angeborene Entwicklungsstörung der Harnröhre. In der Regel werde eine Hypospadie direkt nach der Geburt erkannt. Auffälligste Merkmale seien die Vorhautschürze, die Fehllage der Harnröhrenmündung und der nach unten und hinten gerichtete Harnstrahl beim Wasserlassen. In seltenen Fällen bestehe eine geschlossene, ringförmige Vorhaut bei der Fehlmündung des Harnröhrenausgangs, hier könne die Hypospadie erst verspätet erkannt werden. Beim Versicherten sei im Alter von 16 Monaten ein stationärer Aufenthalt im Spital G.____ zur operativen Behebung der Fehlbildung vom 9. Dezember 2012 bis 17. Dezember 2012 erfolgt. Bei dieser Ausgangslage sei erstellt, dass dem Versicherten respektive seinen Eltern der anspruchsbegründende Sachverhalt bereits seit der Geburt des Beigeladenen, spätestens jedoch seit Spitaleintritt am 9. Dezember 2012 bekannt gewesen sei. Um einen Leistungsanspruch entsprechend dem Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin zu generieren, hätte die Anmeldung spätestens im Dezember 2013 bei der IV-Stelle eingehen müssen. In Art. 48 Abs. 2 IVG gehe es einzig um die Kenntnis der versicherten Person, respektive deren Vertreter. Nach dem klaren Wortlaut von Art. 71 ATSG beschränke sich die Rückerstattungspflicht auf den Rahmen der Leistungspflicht des übernehmenden Trägers. Die Leistungspflicht der IV-Stelle beginne im August 2013, weshalb erst ab diesem Zeitpunkt Vorleistungen der Beschwerdeführerin zurückerstattet werden können. Die Voraussetzungen für eine weitergehende Rückzahlung seien nicht erfüllt. Dem Antrag der Beschwerdeführerin Folge zu leisten, würde im

Ergebnis eine Erweiterung der Leistungspflicht der IV-Stelle aufgrund ihrer Rückerstattungspflicht bedeuten. Dies widerspreche jedoch dem klaren Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 IVG und Art. 71 Satz 2 ATSG und wäre somit rechtswidrig.

3.6 Am 20. August 2016 nahmen die Eltern des Beigeladenen zur Vernehmlassung der IV-Stelle vom 22. Juni 2016 Stellung. Als der Beigeladene im August 2011 in H.____ geboren worden sei, hätten die Ärzte ihnen in den ersten Tagen nach der Geburt mitgeteilt, dass ihr Sohn mit einer Hypospadie geboren worden sei. Ihnen sei erklärt worden, dass eine solche Missbildung in der Regel im Alter von ca. 18 Monaten operativ korrigiert werde und sie in ca. einem Jahr bei einem Kinderchirurgen vorstellig werden sollten. Die Missbildung sei damals vom Kinderarzt als „nicht schwer“ und die Prognose als „gut“ bewertet worden. Sie hätten die Missbildung nicht mit einer Invalidität in Verbindung gebracht und damit auch nicht daran gedacht, dass diese bei der IV angemeldet werden müsste. Im Sommer 2012 seien sie beim Kinderchirurgen vorstellig geworden und die Operation habe man auf Dezember 2012 terminiert. C.____ habe eine Vorauszahlung im Krankenhaus in der Höhe von ungefähr Fr. 10'000.-- geleistet und bei E.____ eine Kostengutsprache eingeholt.

3.7 Mit Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 31. August 2016 brachte diese vor, aus der Stellungnahme der Eltern des Beigeladenen vom 20. August 2016 sei ersichtlich, dass die vorliegende Hypospadie bereits wenige Tage nach der Geburt bekannt gewesen sei. Ebenso sei zu diesem Zeitpunkt in Aussicht gestellt worden, dass diese etwa im Alter von 18 Monaten operativ korrigiert werden sollte. Der anspruchsbegründende Sachverhalt im Sinne von Art. 48 Abs. 2 IVG sei somit kurz nach der Geburt objektiv feststellbar gewesen. Davon zu unterscheiden sei die Rechtsunkenntnis über einen Anspruch. Aus ihr liessen sich keine Vorteile ableiten (BGE 124 V 215 E. 2b/aa S. 220). Weiter gehe aus der Stellungnahme vom 20. August 2016 hervor, dass die Kosten für den Krankenhausaufenthalt von der Mutter des Beigeladenen vorfinanziert und im Anschluss von der ebenfalls involvierten Krankenversicherung E.____ rückerstattet worden seien. Dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben erstmals am 3. Februar 2014 Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt erlangt habe, sei demnach auf ein Koordinationsproblem zwischen den beiden beteiligten Krankenversicherungen zurückzuführen und habe keinen Einfluss auf die Leistungspflicht der Invalidenversicherung.

3.8 Mit Eingabe der Beschwerdeführerin vom 14. September 2016 nahm diese erneut zum Verfahren Stellung. Sie brachte vor, ein Tatbestand, der die Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht nach Art. 3 KVG i.V.m Art 1 KVV voraussetzen würde (Art. 2 KVV: Ausnahmen), liege nicht vor. Die Familie von A.____ sei aufgrund ihres Schweizer Wohnsitzes trotz Auslandsaufenthalt sowohl KVG- als auch IV-versichert und unterstehe daher dem Schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Zudem sei SWICA die Rechnung des Spitals G.____ für den Spitalaufenthalt des Beigeladenen vom 9. Dezember 2012 bis 17. Dezember 2012 zugestellt worden und von ihr nach den Bestimmungen des KVG abgerechnet und übernommen worden. Daher stehe ihr ein Rückerstattungsrecht gemäss Art. 70 ATSG zu, sofern die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung erfüllt seien. Würde der Versicherte aufgrund des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die

Freizügigkeit (FZA) vom 21. Juni 1999, in Kraft getreten am 1. Juni 2002, einem anderen Sozialrecht unterstehen, so wäre schliesslich auch die Schweizerische Invalidenversicherung nicht zuständig, was offenbar nicht bestritten werde. Allfällige Behauptungen über Doppelversicherung oder Zahlung Dritter sei nicht belegt und werde bestritten sowie durch die eingereichten Dokumente widerlegt. Als obligatorische Krankenversicherung, die Leistungen für eine Behandlung im Ausland übernommen habe, habe SWICA ein Interesse an der Feststellung des tatsächlich leistungspflichtigen Trägers, damit sie ihre als subsidiäre Versicherung erbrachten Leistungen allenfalls zurückfordern könne. Im vorliegenden Verfahren sei daher materiell zu prüfen, ob die von SWICA für die Behandlung des Geburtsgebrechens erbrachten Leistungen von der Invalidenversicherung zurück zu erstatten seien.

3.9 Die Eltern des Beigeladenen liessen sich mit Eingabe vom 5. Oktober 2016 erneut zum Verfahren vernehmen. Ihrer Meinung nach seien sie nicht doppelversichert nach KVG, da E.____ keine Krankenversicherung nach KVG sei. Vielmehr handle es sich bei E.____ um eine Zusatzversicherung. Der Arbeitgeber von B.____ versichere sämtliche entsandte Arbeitnehmer weltweit bei E.____. Weil dies in der Schweiz dem KVG nicht genüge, würden die Arbeitnehmer, welche von der Schweiz aus entsandt würden zusätzlich nach KVG bei SWICA versichert. Auch seien sie der Meinung, dass die Rückerstattung nicht doppelt ausgerichtet worden sei. Auf der Abrechnung der SWICA sei nicht ersichtlich, an wen die Zahlung der Fr. 8'506.05 entrichtet worden sei. Sie hätten das Geld jedenfalls erhalten. Sie gingen davon aus, dass SWICA die Rechnung des Krankenhauses von E.____ erhalten habe und ihre Kostenbeteiligung auch an E.____ ausgerichtet habe.

3.10 Mit Eingabe vom 19. Oktober 2016 nahm die Beschwerdeführerin schliesslich erneut zum Verfahren Stellung und führte aus, SWICA habe den KVG-Anteil von Fr. 8'506.05 an der Auslandsrechnung im Gesamtbetrag von Euro 10'633.70 an E.____ ausbezahlt, die als Zusatzversicherung vorgeleistet habe. Die Eingabe der Beigeladenen vom 5. Oktober 2016 entspreche den Tatsachen. Zusammenfassend habe SWICA zugunsten des Beigeladenen KVG-Leistungen im Umfang von Fr. 8'506.05 ausgerichtet, die von der zuständigen Invalidenversicherung zurückzuerstatten seien.

4.1 Gemäss Art. 13 Abs. 1 ATSG bestimmt sich der Wohnsitz einer Person nach den Art. 23 bis 26 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907. Nach Art. 23 Abs. 1 ZGB befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt, ist die Familie von A.____ aufgrund ihres Schweizer Wohnsitzes trotz Auslandsaufenthalt sowohl KVG- als auch IV-versichert und untersteht dem Schweizerischen Sozialversicherungsrecht. Dies wird im Übrigen von den Parteien nicht bestritten. Ebenso ist zu Recht unbestritten, dass beim Beigeladenen keine Doppelversicherung besteht.

4.2 In Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG wird die Leistung nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen, wenn eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend macht (vgl. E. 2.3 hiervor). Die Leis-

tung wird gemäss Art. 48 Abs. 2 lit. a und b IVG für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und sie den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht. Unter dem anspruchsbegründenden Sachverhalt ist der körperliche, geistige oder psychische Gesundheitsschaden zu verstehen, der einen Leistungsanspruch zur Folge hat. Mit der Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts ist nicht das subjektive Einsichtsvermögen der versicherten Person gemeint, sondern es geht vielmehr darum, ob der anspruchsbegründende Sachverhalt objektiv feststellbar ist oder nicht (vgl. E. 2.3 hiervor). Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, dass sie als anmeldeberechtigte Krankenversicherung erstmals mit Abrechnung vom 3. Februar 2014 Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt erhalten habe, weshalb die Anmeldung vom 12. August 2014 noch innerhalb der Jahresfrist eingereicht worden sei. Vorerst ist zu prüfen, ob der Beigeladene selbst die Voraussetzungen von Art. 48 Abs. 2 erfüllt. Aufgrund ihrer Ausführungen vom 29. August 2016 zeigt sich, dass die Eltern des Beigeladenen den anspruchsbegründenden Sachverhalt bereits im Jahr 2011 gekannt haben. So führten diese in ihrer Stellungnahme aus, die Ärzte hätten ihnen in den ersten Tagen nach der Geburt am 19. August 2011 mitgeteilt, dass ihr Sohn unter einer Hypospadie leide. Ihnen sei erklärt worden, dass eine solche Missbildung in der Regel im Alter von ungefähr 18 Monaten operativ korrigiert werde und sie in einem Jahr bei einem Kinderchirurgen vorstellig werden sollten. Eine Kenntnis vom Geburtsgebrechen und der Behandlungsbedürftigkeit der Hypospadie hat demnach bereits zu diesem Zeitpunkt bestanden. Daran ändern auch ihre fehlenden Rechtskenntnisse nichts, zumal es allein auf die Kenntnis des entsprechenden Gesundheitszustandes und nicht darauf ankommt, ob sich daraus ein Anspruch ableiten lässt (vgl. E. 2.3 hiervor). Zu keinem anderen Ergebnis würde es im Übrigen führen, wenn als relevanter Zeitpunkt der Kenntnis die operative Behandlung des Geburtsgebrechens am 9. Dezember 2012 gesehen würde, was wie ausgeführt nicht der Fall ist. Ein Anspruch des Beigeladenen auf Auszahlung der IV-Leistungen für einen längeren Zeitraum im Sinne von Art. 48 Abs. 2 besteht demnach nicht.

4.3 Schliesslich ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin, wie von ihr geltend gemacht wird, einen solchen Anspruch im Sinne von Art. 48 Abs. 2 IVG hat. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, sie habe den Sachverhalt erst mit Erhalt der Rechnung vom 3. Februar 2014 kennen können und den Anspruch folglich innerhalb der zwölf-monatigen Frist im Sinne von Art. 48 Abs. 2 lit. b IVG geltend gemacht, kann ihr nicht gefolgt werden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, geht es nach dem klaren Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 IVG einzig um die Kenntnis der versicherten Person, respektive deren Vertreter. Selbst wenn die Beschwerdeführerin als Vertreterin des Beigeladenen gehandelt hätte, hätte sie sich die Kenntnis seiner Eltern über den anspruchsbegründenden Sachverhalt entgegenhalten müssen. Wie ausgeführt, bestand diese bereits zum Zeitpunkt der Geburt von A.____, weshalb die Anmeldung nach Ablauf der zwölf-monatigen Frist erfolgt ist (vgl. E. 4.2 hiervor). Soweit sich die Beschwerdeführerin bei der Begründung ihres Anspruchs auf das Anmelde-recht gemäss BGE 135 V 106 stützt, kann ihr nicht gefolgt werden, zumal der Sachverhalt im genannten Entscheid nicht dem Vorliegenden entspricht. Das Bundesgericht befasste sich ausschliesslich mit dem Anmelderecht des vorleistungspflichtigen Sozialversicherungsträgers, welches im Übrigen vorliegend nicht bestritten wird. Aus dem zitierten Urteil des Bundesgerichts

kann jedoch nicht entnommen werden, dass das Anmelderecht dem vorleistungspflichtigen Sozialversicherungsträger weitergehende Ansprüche einräumen würde. Dies entspräche im Übrigen nicht den Absichten des Gesetzgebers, zumal in Art. 48 IVG ausdrücklich nur auf die versicherte Person abgestellt wird.

5. Es ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht vom 1. August 2013 bis 31. Dezember 2017 bejaht hat. Ein darüber hinausgehender Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rückerstattung ihrer Vorleistungen besteht demnach nicht, zumal die Vorleistungen vom übernehmenden Sozialversicherungsträger nur im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten sind (vgl. E. 2.4 hiavor).

6. Zusammenfassend ist aufgrund der vorstehenden Ausführungen festzustellen, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb sie die Verfahrenskosten zu tragen hat. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdeführerin am 2. März 2017 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [9C 176/2017](#)) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>